

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

313 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GABRIEL-PIERRE SOURDILLE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Nantes (Loire-Inf.), le 3 Octobre 1901

SUCCÈS OPÉRATOIRES
DANS LE TRAITEMENT
DU DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

Est-il indispensable d'obturer la déchirure ?

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GABRIEL-PIERRE SOURDILLE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Nantes (Loire-Inf.), le 3 Octobre 1901

SUCCÈS OPÉRATOIRES DANS LE TRAITEMENT DU DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

Est-il indispensable d'obturer la déchirure ?

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimental.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LœPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgie.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgie.
MOURE	Pathologie chirurgie.
MULON	Histologie.
OPERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

1. Lésion du cervelet et fracture du rocher par balle. — Soc. O. N. O., 2-XI-26, avec les D^{rs} Worms et Fribourg-Blanc.
2. Segmentite antérieure post-arséno-benzolique. — S. O. P., 18-VI-27 avec le D^r Worms.
3. Spécificité des lésions articulaires dans l'Arthrite dysentérique. — Soc. Biologie, 29-X-26 avec les D^{rs} Worms et Lesbre.
4. Syndrome oculo-articulaire au décours d'une épidémie de dysenterie à bacille de Hiss. — S. O. P. 5-I-27 avec les D^{rs} Worms et Lesbre.
5. Complications oculaires des entéropathies à germes spécifiques. — Arch. d'Opht., décembre 1928 avec le P^r Worms.
6. Choréïdite et polysinusite homolatérale. — S. O. P. 17-3-28 avec le P^r Worms.
7. Présentation d'un malade atteint de strabisme divergent de l'O. D. avec limitation de l'adduction, rigidité pupillaire du même côté et parésie de l'accommodation. — S. O. N. O., 7-XI-28 avec le P^r Terrien.
8. Sur les difficultés du diagnostic entre encéphalite léthargique à forme hypertensive et tumeur cérébrale. — S. O. P., 15 février 1930 avec le P^r Worms.
9. L'importance de la stase papillaire dans le diagnostic entre encéphalite épidémique et tumeur cérébrale. — Arch. d'Opht., T. XLVII, n° 4, avril 1930 avec le P^r Worms.
10. Un cas de maladie de von Hippel. — S. O. P., 15 février 1930 avec Dumont.
11. Lésions vasculaires et rétinite exsudative sénile maculaire et circinée. — S. O. P., mars 1920.
12. Atteinte de l'artère centrale de la rétine dans un cas de thrombose double de la veine centrale. — S. O. N. O., mars 1930 avec les D^{rs} Veil et Charamis.
13. Anomalie vasculaire de la rétine chez une malade opérée d'une tumeur cérébrale. — S. O. P., avril 1930 avec le D^r E. Hartmann.

14. De l'importance des thromboses veineuses au cours des artérites de siège divers avec M. Paul Véran (sous presse).
 15. Sur la maladie de von Hippel. — Ann. d'Ocul., 1930, avec le D^r E. Hartmann (sous presse).
 16. Exsudats péri-vasculaires sous la conjonctive chez une diabétique atteinte de décollement rétinien récent. — S. O. P., juin 1930, avec le D^r Velter.
-

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GILBERT SOURDILLE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN EN CHEF DES HOSPICES CIVILS DE NANTES
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A L'ECOLE DE MÉDECINE

*Son activité qui nous ouvre la route nous a
été un exemple et reste un espoir. Nous lui
dédions ce travail en souvenir des fatigues
et des joies de nombreux entretiens
décollement.*

A MES ONCLES

LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU DE NANTES

LE DOCTEUR MAURICE SOURDILLE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR F. TERRIEN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

*En remerciement de la bienveillante affection
qu'il nous a toujours témoignée et des en-
seignements que, pendant deux ans, il n'a
cessé de nous donner dans son service.
Nous le remercions de l'honneur qu'il nous
fait en présidant cette thèse.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE NANTES

M. LE PROFESSEUR MIRALLIE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. LE DOCTEUR OLLIVE

PROFESSEUR HONORAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. LE DOCTEUR HENRI LERAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ GENDRON

MÉDECIN DES HOPITAUX

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES AUTRES MAÎTRES EN OPHTALMOLOGIE

Internat :

M. LE DOCTEUR VICTOR MORAX

OPHTALMOLOGISTE HONORAIRE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. LE DOCTEUR POULARD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

A M. LE DOCTEUR WORMS

PROFESSEUR AU VAL DE GRACE

A M. LE DOCTEUR BAILLIART

OPHTALMOLOGISTE DES QUINZE-VINGT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VELTER

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

A M. LE DOCTEUR J. NAGEOTTE

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE
PROFESSEUR AU COLLÈGE DE FRANCE

*En témoignage de respectueuse gratitude
pour les enseignements reçus à la Salpê-
trière et au Laboratoire d'Histologie compa-
rée du Collège de France.*

A M. LE DOCTEUR CLOVIS VINCENT

MÉDECIN DE LA PITIÉ

*Qui, depuis deux ans, nous a fait le grand
honneur de nous accepter dans son é-
neuro-chirurgicale. En gage de notre af-
fectueux dévouement.*

A MES AUTRES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

M. LE DOCTEUR RIST.

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT.

M. LE PROFESSEUR SICARD (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SCHWARZ.

A MON AMI LE DOCTEUR E. HARTMANN

OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR LAGRANGE

OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

A MM. LES DOCTEURS FAVORY, RENARD ET VEIL

A M^{LE} GUYON

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE COMPARÉE DU COLLÈGE DE FRANCE

A MES AMIS PAUL VERAN, INTERNE DES HOPITAUX, ET
JEAN CHARAMIS, CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A
LA FACULTÉ D'ATHÈNES

Avant-Propos

Depuis plusieurs années, après une longue période d'inactivité à peu près générale, le traitement opératoire du décollement rétinien éveille dans le monde ophtalmologique un intérêt grandissant. A lire les tables des périodiques, les analyses des divers congrès, on constate le nombre de questions anatomiques et cliniques que pose ce nouveau thérapeutique.

A l'heure actuelle, cette activité n'a pas encore atteint tous ses objectifs. Beaucoup de problèmes sont seulement posés. Les examens anatomiques et cliniques ne sauraient déjà révéler tout le mécanisme des succès et des échecs des tentatives chirurgicales. Ce sera l'œuvre des années à venir.

L'étude que nous entreprenons n'a d'autre ambition que d'être une mise au point temporaire du traitement du décollement. Elle aura essentiellement pour but de préciser des procédés opératoires nouveaux imparfaitement connus, croyons-nous, de la majorité des ophtalmologistes, et de mettre en évidence les beaux résultats déjà obtenus.

L'étude des échecs subis par un chirurgien peut être riche d'enseignements, de même celle des guérisons que seule nous entreprendrons ici. M. Amsler à la S. O. P. (1), le P^r Vogt (2) dans les Kl. Mon. ont dit ou écrit récemment de certain procédé thérapeutique, qu'il était une véritable

(1) Technique du repérage des déchirures et opération de GONIN, S. O. P. 17 novembre 1929.

(2) WEITERE Erfahrungen mit Ignipunktur des Netzhautloches. Klin. Mon. f. Augenhcilkunde, 1930, T. LXXXIV.

expérience de laboratoire. De cette expérience nous voudrions apporter la contre-épreuve réalisée d'ailleurs trois ans plus tôt.

Le 14 octobre 1920, faisant le premier montre de cet « esprit d'offensive » qui caractérise ces dernières années, le P^r Sourdille, à Nantes, réagissant contre le pessimisme presque général, tentait le sauvetage d'un aveugle atteint de double décollement rétinien. Depuis ce jour, presque dix ans se sont écoulés. En deux communications l'une à l'Académie de Médecine (Rapport du P^r de Lapersonne, 5 juin 1923) l'autre à la Société d'Ophtalmologie de Paris (1924), ont été exposés les méthodes et les premiers résultats. Un court article a fixé en 1929 quelques points de technique.

Nous avons personnellement constaté de mois en mois les progrès réalisés peu à peu, progrès qu'un scrupule scientifique louable, joint à une activité professionnelle trop absorbante ont empêché de relater au jour le jour. On avait tant de fois publié des procédés de guérison qu'il ne fallait pas, une fois de plus, sans avoir une certitude, éveiller trop d'espoir. Pendant de longs mois, il fallait encore redouter la rechute hypothétique. Le recul est maintenant suffisant. Une intimité intellectuelle dont nous avons eu le grand bonheur de profiler et dont les mots ne peuvent dire notre gratitude, le contact presque journalier avec les déceptions et les bonheurs d'un traitement qui, encore maintenant, exige persévérance, assiduité et foi, autorisent le choix du sujet de notre thèse.

L'accueil très bienveillant que nous ont réservé à Lausanne, le P^r Gonin et le D^r Amsler, et à Zurich, le P^r Vogt et le D^r Rehsteiner, l'amabilité du P^r Lindner de Vienne qui a bien voulu par lettre nous renseigner sur ses résultats, nous permettent d'élargir les limites que nous nous étions primitivement fixées et nous leur en sommes très reconnaissants..

Nous voudrions, en toute objectivité et en serrant du plus près possible la réalité scientifique mettre en parallèle,

les idées qui président aux traitements que l'on fait à Lausanne et à Nantes. M. Gonin ayant bien voulu nous communiquer le résultat de ses dernières opérations et nous donner en bloc la statistique des cent cas cités au Congrès d'Amsterdam (1), nous comparerons ses succès à ceux de Sourdille et chercherons une réponse au postulat des partisans de la thermo-ponction oblitérante : il n'y a pas de guérison possible sans obturation de la déchirure.

Avant d'aborder la description des techniques opératoires modernes nous ferons brièvement l'histoire des théories pathogéniques du décollement et des procédés autres que ceux de Gonin et de Sourdille.

(1) Le compte rendu du Congrès n'a pas encore été publié.

CHAPITRE I

Pathogénie

Ce n'est pas le lieu de reprendre en détail toutes les discussions sur la pathogénie du décollement. Elles ont été passées en revue longuement dans le substantiel rapport de M. GONIN à la S. F. O. en 1920, et dans son article de l'Encyclopédie française d'Ophtalmologie.

Trois théories ralliaient à ce moment encore un plus ou moins grand nombre de partisans : Théorie de la distension, théorie de l'attraction, théorie de l'exsudation.

LA THÉORIE DE LA DISTENSION émise par de Graefe, était basée sur la fréquence relative du décollement dans les yeux myopes. L'allongement de l'axe antéro-postérieur du globe pouvait favoriser mécaniquement le relâchement du contact normal de la rétine avec la choroïde.. Soutenue par SCHWEIGGER pour le décollement myopique, par AXENFELD et FRUCHTE pour le décollement dans l'hydrophthalmie, cette opinion est encore défendue par LÖWENSTEIN (de PRAGUE). Le désaccord qui existe entre la taille du contenant (la sclère) et le volume du contenu (le vitré) est renforcé par les tiraillements que subit la rétine « Muttersubstanz » du vitré d'où une hypotonie condition de décollement. Pour expliquer les décollements survenant dans les yeux non myopes, l'auteur a mesuré les rayons de courbure d'un grand nombre de cornées et constaté l'existence d'un allon-

gement anormal du diamètre antéro-postérieur du globe, masqué et compensé dans la réfraction totale par une modification de ces courbures.

L'influence incontestable de l'âge sur l'apparition du décollement contredit toutefois cette théorie, l'affection s'observant ordinairement à une époque de l'existence où l'éc-tasie sclérale est depuis longtemps fixée.

LA THÉORIE DE L'ATTRACTION émise par LEBER en 1882 a subi de nombreuses vicissitudes. Basée sur une analogie du décollement spontané avec les décollements traumatiques consécutifs aux éclats métalliques intra-vitréens, elle admettait au début une dégénération fibrillaire du vitré. La rétraction de ces cordons entraînerait en avant la rétine. Dans les cas où existaient des adhérences limitées entre l'hyaloïde et la membrane visuelle, une déchirure se produirait dans celle-ci, au point d'implantation, permettant la fu-sée du liquide vitréen dans l'espace rétro-rétinien. Ce serait là l'origine des décollements aigus. Admise par de WECKER (qui dès 1870 avait parlé de l'influence du vitré dans les déchirures) par SCHWALBE, vivement soutenue par les élèves de LEBER : NORDENSOHN et DEUTSCHMANN, elle a subi, peu à peu, d'importantes modifications. LEBER lui-même, à la Société d'HEIDELBERG de 1908, puis dans le GRAEFE SAE-MISCH (1916), attribua le rôle de traction à des membranes prérétiniennes inflammatoires (Prérétinitis).

GONIN, qui, dans de nombreux travaux antérieurs et postérieurs à son Rapport de 1920 à la S.F.O. s'est fait le champion de l'origine vitréenne du décollement, admet l'intervention de cellules épithéliales émigrées du corps ciliaire qui viendraient remplir les mailles de la trame vitréenne. Mais, pour lui, la déchirure rétinienne permettant le passage du liquide vitréen dans l'espace sous-rétinien est le fait essentiel, la « voie d'eau que le traitement devra se hâter d'aveugler ».

VOGT après s'être élevé longtemps contre la dégénéres-

cence fibrillaire du vitré au sens que lui donnait LEBER (1) admet qu'à côté des altérations rétiniennes telles la dégénérescence cystoïde dont le rôle serait prépondérant, le vitré puisse intervenir dans la production des déchirures. Remarquablement fixe dans l'œil normal, sa trame se pelotonne dans l'œil myope ou sénile et subissant l'impulsion des mouvements du globe vient tirailler la rétine.

Partisan de la « Rétraction », le Professeur DEUTSCHMANN, élève de LEBER, dénie par contre tout rôle nocif à la déchirure. Il s'agit, pour lui, d'une rétraction globale du vitré vers le segment antérieur avec décollement « vitréen » total et formation d'un espace vide pré-rétinien. Dans cet espace s'accumule immédiatement une sérosité venue probablement en partie des vaisseaux ciliaires, nourriciers habituels du vitré, en partie des vaisseaux rétiniens et peut-être aussi du vitré lui-même. Si la quantité de ce liquide diminue, la rétine qui subit déjà des tiraillements d'arrière en avant près de ses insertions à l'ora, bombe vers l'espace libre créé. L'existence d'une déchirure n'aurait qu'une importance secondaire ou même (DEUTSCHMANN le constate après de GRAEFE) jouerait parfois un rôle important dans le processus de guérison.

A côté de cette théorie de rétraction, il faut, croyons-nous, placer les théories qui font jouer un rôle essentiel à L'HYPOTONIE OCULAIRE. Celle-ci suivant les auteurs, relève de lésions variables mais qui entrent incontestablement dans le cadre des facteurs « pré-rétiniens » du décollement que, dans un schéma d'une saisissante simplicité, M. AMSLER oppose aux facteurs « rétro-rétiniens ».

A cette hypotonie sur la fréquence et l'importance de laquelle l'accord semble, d'ailleurs, bien loin d'être fait, plusieurs origines ont été invoquées : origine congénitale

(1) « L'examen à la lampe à fente ne montre aucun cordon de vitré ni avant ni après l'amotio retinæ. La théorie de LEBER NORDENSORN manque de base clinique et anatomique ». *Rev. Gén. d'Ophth.*, 1923, p. 297.

(LÖWENSTEIN) liée directement au désaccord entre le contenant et le contenu ; altération sénile ou présénile du vitré (VAIL).

(KUMMEL) ; lésion de la glande ciliaire (LAGRANGE et PESME,

Signalons que BETTREMIEUX croit au contraire, qu'existe une hypertonie du globe dans le décollement au début et propose pour lutter contre elle une sclérectomie non perforante.

A la théorie de l'attraction il est classique d'opposer celle du SOULÈVEMENT.

DE GRAEFE dès 1854, émit l'hypothèse d'hémorragies choroïdiennes ou d'épanchements séreux rétro-rétiniens que GALLOIS classe, à juste titre, en épanche-

sudation et épanchements par transsudation.

ARLT, en 1806, puis SCHWEIGGER (1863), avaient admis une *choroïdite exsudative* qui a encore de nombreux partisans. Choroïdite syphilitique (MORAX, DE LAPERSONNE), Choroïdite tuberculeuse (1), DOR, DIMMER, LAUBER, SCHALL, HEINE, LÖWENSTEIN, choroïdite d'origine dentaire (DOR), choroïdite (KALT). Rhumatisme aigu ou chronique (GALEZOWSKI, SCHREIBER).

L'épanchement séreux venu des vaisseaux choroïdiens peut être aussi un transsudat (Ce doit être par exemple le cas dans les décollements gravidiques). Déjà DE WECKER avait invoqué un trouble circulatoire. Dès 1875, RAEHLMAN par-

lait de phénomènes osmotiques dans la choroïde par brusque surcharge de sel dans le vitré. GALEZOWSKI à

comparaison avec les épanchements pleuraux. TERSON, en 1920, reparle de pression osmotique. GALLOIS dans plusieurs communications insiste sur le trouble vasculaire associé au trouble de l'élimination rénale.

BAURMANN, explique la genèse du décollement par une

(1) FINOFF a même pu reproduire expérimentalement choroïdite tuberculeuse et décollement rétinien par l'injection intra carotidienne au lapin de bacilles tu's.

trorétiniennes (augmentation relative de la pression des capillaires rétro-rétiniens). Les expériences de BIRSCH HIRSCHFELD paraissent assez en faveur de l'origine capillaire de l'exsudat sous-rétinien.

Expérimentalement d'ailleurs, on a pu reproduire l'exsudation par irritation de la choroïde soit chimiquement : solution de cantharide (BOLCHERON, SYML, BEST) soit par cautérisation avec le cautère à vapeur (Wessely), soit par cautérisation en surface, non perforante avec le galvano-cautère (WEEKERS).

Dans la discussion du rapport de GONN en 1920, SOURDILLE exposa pour la première fois une théorie très différente en réalité de la théorie exsudative, mais qui doit rentrer dans le groupe des altérations rétro-rétiniennes invoquées pour le développement du décollement.

Cette théorie suppose l'altération grave de l'épithélium pigmentaire de la rétine, dont les prolongements protoplasmiques en poils de brosse emboîtent réciproquement cônes et bâtonnets constituant ainsi le principal moyen de fixation de la rétine à la choroïde, moyen réel bien que fragile. Ces altérations de l'épithélium pigmentaire sont liées à des lésions choroïdiennes d'ordre local ou général atteignant plus spécialement la chorio-capillaire. C'est là la lésion essentielle contre laquelle il faudra lutter localement, mais pour laquelle importera aussi un traitement général tendant à favoriser la circulation dans la chorio-capillaire.

L'apparition du liquide sous-rétinien est en règle consécutive au décollement. Dans la grande majorité des cas, il n'a pas une origine vitrénne mais très certainement une origine choroïdienne. C'est souvent une *transsudation*, la modification de perméabilité des parois capillaires allant de pair avec le déficit circulatoire cause de la lésion épithéliale. Ce peut être aussi une *exsudation*. L'importance relative de cet épanchement dans le développement et l'évolution du décollement varierait d'ailleurs dans des proportions considérables. L'altération du vitré pour fréquente qu'elle

soit n'est pas constante; elle ne joue qu'un rôle secondaire. Le décollement vitréen même dans les très fortes myopies est inconstant. On sait que le décollement de la rétine s'observe d'ailleurs souvent avec de faibles myopies. Chez le non myope, emmétrope ou hypermétrope, ce défaut d'épaulement de la rétine est certainement accessoire. On est frappé, par contre « de la fréquence avec laquelle existe chez le vieillard une sclérose avancée des vaisseaux artériels et capillaires de la choroïde, surtout au niveau de l'équateur » (S. F. O. 1924).

Cette théorie assez brièvement exposée par son auteur paraît avoir été mal comprise et ce malentendu a empêché, croyons-nous, beaucoup d'ophtalmologistes de voir la « nouveauté » du traitement proposé en 1923 (1).

Elle ne contredit rien de ce que nous apprennent l'embryologie, la clinique, l'anatomo-pathologie. Le décollement (comme d'ailleurs la myopie et l'artério-sclérose) subirait une influence héréditaire. Un trouble d'involution dans l'accroissement des deux feuillets de la vésicule oculaire paraît assez vraisemblable ici où il s'agit plutôt, comme le dit TERSON, « de dédoublement que de décollement ».

La clinique montre d'ailleurs la fréquence des altérations vasculaires générales : petits troubles d'élimination rénale sur lesquelles GALLOIS a très justement insisté (2) BAILLIART et GALLOIS ont même pu constater l'existence d'œdème conjonctival et la présence quasi constante de varicosités veineuses conjonctivales sur l'œil malade. Avec le D^r Velter, nous avons eu, récemment, l'occasion d'examiner une malade diabétique et azotémique atteinte de décollement de la rétine qui présentait, sous la conjonctive limbique, de pe-

(1) GALLOIS. — *Science Médicale Pratique*, 1, LXI, 29. « SOURDILLE a condensé différents actes opératoires et schématisé à peu près ce qui se fait en France contre le décollement considéré comme un épanchement ».

(2) Le dosage systématique de l'azotémie des malades atteints de décollement, surtout chez les emmétropes, montre à peu près constamment des chiffres dépassant 50 à 55 centigr. par litre.

tits exsudats péri vasculaires. Avec M. TERSON, il faut bien constater aussi l'absence fréquente d'altération vitréenne grave dans les yeux emmétropes. Enfin les examens anatomiques auxquels dès 1920 se référait SOURDILLE montraient les altérations équatoriales que de nombreux auteurs ont trouvées avec lui et qu'ont magistralement illustrées depuis VOGT et ses élèves REHSTEINER et BUCKLERS. Ces altérations choroïdiennes ou rétiniennes qui se présentent surtout sous forme d'amincissements de la rétine ou de dégénération cystoïde cadrent bien avec l'hypothèse d'altérations vasculaires. Elles n'en seraient d'ailleurs que le témoin et, contrairement à l'opinion de VOGT (discutée d'ailleurs par GOMIX) ne conduiraient pas directement au décollement par perforation rétinienne.

Commune à la myopie et à la sénilité, aux lésions rénales et aux inflammations, agissant d'ailleurs sur un terrain congénitalement prédisposé, la souffrance de la membrane de RUYSCU serait le lien indispensable entre les diverses modalités du décollement spontané.

De toutes ces théories que nous nous sommes bornés à énumérer et encore de façon incomplète, leur discussion devant nous entraîner loin de notre sujet, beaucoup ont provoqué des tentatives thérapeutiques. Le deuxième chapitre de ce travail résumera brièvement l'historique de ces essais.

CHAPITRE II

Historique du Traitement

L'histoire des traitements préconisés dans le décollement de la rétine serait elle-même extrêmement longue. Le nombre des procédés décrits est considérable. Notre exposé pathogénique nous permettra de grouper les tentatives.

I. TENTATIVES DIRIGÉES CONTRE L'EXSUDATION

1° Procédés médicaux.

Certains tendent à la résorption du liquide rétro-rétinien. Traitement de SAMELSOHN (repos, bandage compressif et révulsion). Instillations d'ésérine (GRANCLÉMENT). Injection de pilocarpine (DIANOLX et GUAITA). Sudation, diète sans sel (MARX). Injections sous-conjonctivales de solutions salées hypertoniques (DOR, BOLRGEOS, STAERKLE, LODATO, etc...) de sérum gélatiné acoiné (DARIER).

A ces procédés s'ajoutent, pour lutter contre la choroïdite origine de l'exsudation, les cures de tuberculine, de salicylaté, le traitement hydragyrique.

2° Procédés chirurgicaux.

Ponction sclérale (WARE, SICHEL, WOLFE, etc...) avec ses modifications et ponctions multiples (PAGENSTECHEK) ponc-

lions en chicane (Jocqs) ponctions sclérales plus injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium (UTHOFF-WERNICKE). Sclérectomie postérieure (ROLLET et COLRAT), sclérectomie double postérieure au trépan avec drainage au crin (MEYER-WIENER), drainage au fil d'or (de WECKER), aspiration du liquide (GALEZOWSKI), trépanation sclérale et aspiration du liquide sous-rétinien à la seringue (THOMSON), à la ventouse (BORSCH).

Discussions de la rétine (A. DE GRAEFE).

Iridectomie (DRANSART, BOUCHERON, BETTREMIEUX, GALEZOWSKI).

II. PROCÉDÉS TENDANT A CRÉER DES ADHÉRENCES ENTRE LA RÉTINE ET LA CHOROÏDE OU LA SCLÉROTIQUE.

Injections iodées (SCHÖLER, ABADIE).

Thermo-cautérisations (CHEVALLEREAU, DOR).

Electrolyse (TERSON).

Neige carbonique après incisions sclérales superficielles (SCHOELER).

DEUTSCHMANN a associé sans succès à ses « Durchschneidungen » des injections sous-conjonctivales de sublimé.

STARGARDT propose de fixer les décollements récents en créant en territoire sain des adhérences chorio-rétiniennes. Dans ce but, après incision sclérale mettant à nu la choroïde, il fait une série de mouchetures avec le galvano-cautère au rouge sombre, à la périphérie du soulèvement.

SACHS a montré le bon effet des hémorragies sous-rétiniennes fortuites au cours de sclérotomies, celles-ci pouvant créer des adhérences rétino-choroïdiennes (1).

GALEZOWSKI a même proposé la suture de la rétine.

(1) Dès 1923, Sourdille avait constaté cette influence favorable des hémorragies sous-rétiniennes (cf. Arch. d'Opht., 1923, p. 429).

III. PROCÉDÉS LUTTANT CONTRE L'HYPOTONIE.

Le *colmatage* proposé par le Professeur LAGRANGE est d'une technique très simple. Après avoir libéré la conjonctive de l'équateur au limbe, on cautérise la sclérotique à nu autour de la cornée sur une largeur de 4 mm. avec un galvano-cautère au rouge sombre.

Ce procédé ou ses variantes dirigé surtout contre l'hypotonie symptôme oculaire aussi grave que l'hypertonie a été largement utilisé à l'étranger, surtout dans les pays centraux (1) combiné ou non avec les ponctions sclérales.

GORLITZ suppose que les modifications des conditions circulatoires et sécrétoires du corps ciliaire agiraient davantage que le calfeutrage conjunctivo-scléral.

DEUTSCHMANN (loc. cit.) préfère au « colmatage », pour améliorer l'hypotonie l'injection sous la conjonctive d'un 1/2 cc. d'huile d'olive stérilisée. (1)

IV. PROCÉDÉS TENDANT A LUTTER CONTRE LA RÉTRACTION.

Le Professeur DEUTSCHMANN, qui, depuis 36 ans, n'a cessé de s'occuper du traitement chirurgical du décollement de la rétine, dont il est longtemps demeuré un des seuls défenseurs, a proposé de détruire les cordons vitréens par des dissections répétées du vitré au couteau de GRAEFE ou à l'aide d'un couteau spécial à double tranchant. A ces « Durchschneidungen », il conseille en outre d'associer l'injection de vitré frais prélevé sur l'œil de veau ou de lapin (et même une fois sur l'œil amblyope du malade lui-

(1) Cf. Discussions, à la S. O. Hongroise (Budapest, 2 février 1928) (in *Mon. f. A. T.* 80, 1928, p. 405), à la Norwestdeutschen u. Nieder sachsichen. Augenartzte ges. Lubeck, 24 sept. 1927).

(1) A noter d'ailleurs avec TERNON que le bon effet des injections sous-conjonctivales dans le décollement rétinien et dans la myopie pourrait très bien être lié en partie, au véritable colmatage qu'elles produisent à la longue.

même). Il y ajoute d'ordinaire une certaine proportion de sérum sanguin du malade ou même une solution de gomme arabique. Ces deux procédés lui auraient donné une proportion de plus de 20 % de guérisons ou d'améliorations notables.

ROHMER pratique l'injection d'air stérilisée dans le corps vitré.

MULLER, qui croit impossible d'augmenter de façon durable le volume du contenu oculaire, a proposé dans les vieux décollements, la résection sclérale partielle avec suture (prenant ou non la rétine), opération destinée à diminuer la capacité de la coque conjonctive.

De la divergence des conceptions pathogéniques découle, on le voit, une infinité de procédés opératoires plus ou moins ingénieux, plus ou moins heureux aussi dans leurs résultats.

A noter cependant qu'un certain nombre d'entre eux, traitement de Darier, traitement de Deutschmann, etc., encore utilisés çà et là, ont obtenu des succès, succès incomplets ou inconstants, souvent impossibles à reproduire, qui montreraient cependant que leurs auteurs avaient sans doute approché la vérité ou peut-être que l'étiologie des décollements serait bien loin d'être univoque.

De l'ensemble des résultats publiés, ressortait cependant, voici encore quelques années, une impression de pessimisme extrême. « Malgré l'apparente richesse de l'arsenal thérapeutique, de si rudes déceptions avaient suivi l'emploi de ces diverses méthodes que le découragement avait envahi les plus intrépides des ophtalmologistes » (1).

Une statistique faite par GONIN à Lausanne dans le service du Professeur DUFOUR comportait une guérison sur 250 cas (2), soit 4 pour 1000.

(1) SOURDILLE, — *Arch. d'Opht.*, 1923.

(2) Le Tit. du décollement rétinien. *G. Bruxelles Médical*, 23-2-30.

Une enquête bien plus étendue faite auprès des oculistes américains par Vail, en 1913, avait donné une statistique encore plus défavorable, soit tout au plus 25 malades guéris sur 25.000 qui avaient été traités (soit 1 pour 1000). Sur 163 cas de décollement soignés à la clinique de HEIDELBERG entre 1901 et 1912, SCHREIBER a relevé en 1918 12 cas de guérison.

En 1918, le comité de l'Ophtalmological Society of the United Kingdom parvenait à rassembler 85 cas de guérison de décollement, dont 45 traités chirurgicalement (3).

En février 1921, dans un long article sur le traitement du décollement rétinien paru dans les Annales d'Oculistique (4), M. GONIN se faisait l'écho de ces conclusions désolantes.

Mettant en comparaison : Traitement de SAMELSOHN, injections sous-conjonctivales et *ponctions sclérales au thermo-cautère* « seuls procédés paraissant encore d'usage courant et dont il avait une expérience personnelle », il tirait de son expérience des trois procédés les trois conclusions suivantes que nous nous excusons de citer in extenso.

« Ainsi dirigé, le traitement de SAMELSOHN, par les indications qu'il fournit sur les allures du décollement et par les améliorations qu'il procure en bien des cas, me semble devoir être le premier auquel nous ayons à recourir. Quant aux moyens thérapeutiques divers qui lui ont été ajoutés (ventouses, pédiluves, purgatifs, sudations, etc...), leur utilité me semble problématique, si ce n'est à l'endroit de certains malades auxquels l'immobilisation seule paraît être un procédé trop monotone et trop simple pour être efficace et dont le moral a besoin d'être soutenu par des adjonctions qui aident à faire passer le temps. Encore doit-on veiller à ce que les accessoires ne nuisent pas à l'essentiel, c'est-à-dire au repos absolu et prolongé de l'œil et de son contenu ».

(3) Wills Hospital ophtalmic-Society; février 1918.

(4) Annales d'Oculistique, mars 1921, p. 175 à 194.

« ...Je conseille donc les injections sous-conjonctivales à titre préventif dans un œil dont le congénère est atteint de décollement rétinien ; pour l'œil déjà frappé de cette complication, leur raison d'être me paraît moindre : toutefois, elles pourront se justifier dans le but de combattre de nouvelles adhérences, ou de relever l'hypotonie qui empêche l'application prolongée du bandeau, ou bien encore de favoriser la résorption d'un exsudat dans la période tardive, quand on a des raisons de croire que la déchirure rétinienne s'est refermée. Je connais, au surplus, des cas où des injections de solution physiologique ont acquis une véritable valeur pratique par le fait qu'elles étaient le meilleur moyen de faire accepter au malade l'obligation du bandage occlusif ».

« ...Cette intervention opératoire (thermo-ponction) n'est donc pas applicable d'emblée à tous les cas ; *elle représente l'ultima ratio* » du praticien auquel son malade demande d'en finir avec les méthodes dilatoires. Elle ne se justifie à mon sens que lorsqu'un seul œil est atteint et qu'il s'agit de tenter la chance d'une guérison ou d'en abandonner définitivement l'espoir. Je n'ai pas eu à la regretter, même en cas de résultat mauvais, lorsque je l'ai appliquée à un malade que des soins prolongés, le bandage depuis des mois, des injections sous-conjonctivales répétées jusqu'à dépasser la cinquantaine, enfin les entraves multiples apportées à toute occupation suivie, avaient conduit aux confins de la neurasthénie ou du découragement. Je l'ai en revanche déconseillée, et même catégoriquement refusée à d'autres malades qui, ne possédant qu'un seul œil, eussent été menacés de cécité complète en cas d'insuccès et dont les chances de garder un reste de vision, même en cas de non-intervention, me semblaient donc préférables à celles d'une amélioration possible au prix d'une opération risquée ».

M. GONIN se bornait à rappeler ensuite sans pouvoir se l'expliquer les résultats publiés par DEUTSCHMANN.

Cependant, dès octobre 1920, SOURDILLE avait appliqué

à Nantes, pour la première fois, une méthode nouvelle, méthode « utilisant, combinant, modifiant des procédés anciens », mais originale dans son idée et dans son mode opératoire. Ce traitement lui avait été inspiré par des recherches anatomo-cliniques encore inédites, recherches dont il avait parlé pour la première fois à la Société Française d'Ophthalmologie au mois de mai 1920, au cours de la discussion du rapport de M. GONIN.

Le 5 juin 1923, dans un rapport présenté à l'Académie de Médecine, par le Professeur DE LAPERSONNE, il publiait ses procédés et ses premiers résultats portant sur 34 cas, 16 récents, 18 anciens.

Sur les 16 cas récents, il annonçait : 3 insuccès d'emblée, 3 rechutes graves, 1 amélioration persistante, 9 guérisons persistantes.

18 cas de décollement anciens avaient donné : 5 insuccès d'emblée, 4 améliorations non maintenues, 9 améliorations persistantes.

Quelques semaines plus tard, au mois d'août (1), le Professeur GONIN publiait les observations de deux malades traités depuis plusieurs mois par l'ignipuncture de la déchirure rétinienne, procédé qui semblait la conséquence logique de ses idées sur la pathogénie du décollement.

Depuis cette époque, les deux techniques ont enregistré des succès nombreux. M. GONIN au Congrès international d'Amsterdam de septembre 1929 donne une statistique portant sur 100 cas de décollement avec 43 guérisons. D'octobre 1929 à avril 1930 (2), il a eu l'occasion de voir 105 nouveaux cas dont 17 non opérés pour raisons extra-médicales et 15 encore en traitement. Sur les 72 autres malades il a obtenu 31 guérisons. D'un autre côté, nous publions ici avec deux guérisons obtenues personnellement 77 guéri-

(1) *Revue Générale d'Ophthalmologie*, août 1923.

(2) Chiffres communiqués très obligeamment par le Pr Gonin, à Lausanne, le 14 avril 1930.

sons obtenues par SOURDILLE dont les premières datent maintenant presque de 10 ans.

Sur ces deux procédés nouveaux et sur les guérisons obtenues qui autorisent dès maintenant l'optimisme nous voudrions nous attarder, examinant successivement les techniques et les résultats avant de les mettre en parallèle.

CHAPITRE III

Techniques opératoires modernes

I. L'OPÉRATION DE SOURDILLE

A. INDICATION : Elle a essentiellement pour but *de lutter contre le défaut d'adhésivité des deux feuillets rétiniens par la création d'adhérences anormales entre la choroïde et la rétine.*

Ces adhérences anormales ne peuvent être obtenues que par un processus cicatriciel au prix, par conséquent, d'altérations chorio-rétiniennes dont SOURDILLE cherche à limiter au *strict nécessaire* la production.

Pour réaliser cette adhérence dont la choroïde fera à *peu près tous les frais*, il faut au préalable obtenir une réapplication de la rétine sur le fond d'œil, pour cela :

1° Il faut évacuer le liquide transsudé ou exsudé, d'ordinaire *secondaire* au décollement, mais qui s'interpose entre les deux membranes.

2° Il faut obtenir en utilisant la pesanteur, « la retombée » de la rétine à sa place normale.

L'adhérence cicatricielle doit être suffisante, sans excès. C'est là, convenons-en de suite, la grosse difficulté technique.

1° Elle doit être suffisante pour soutenir une rétine placée souvent dans de mauvaises conditions. Elle est en effet assez souvent mal épaulée par le vitré. Les lésions de celui-ci sont inconstantes, d'intensité variable, et, de ce fait, incapables d'expliquer seules le décollement qui peut d'ailleurs manquer avec des altérations vitréennes et des modifications de la trame considérables ; mais elles sont cependant fréquentes (à rapporter d'ailleurs aux troubles vasculaires de l'uvée tout entière qui retentissent sur la nutrition du vitré aussi bien que sur celle de l'épithélium).

Mais la rétine est aussi, ne l'oublions pas, en avant d'une couche vasculaire dont les parois ont, du fait même de l'atteinte vasculo-rénale, une perméabilité troublée d'où une grande prédisposition à reproduire du liquide, même en l'absence de toute choroïdite séreuse proprement dite.

2° La réaction doit être cependant sans excès tant au point de vue de la rétine elle-même que du vitré.

Du côté de la rétine, il est inutile, en effet, de produire des rétractions cicatricielles trop considérables dans le tissu conjonctif des vaisseaux qui tendent une membrane altérée du fait des conditions de nutrition défavorables, conditions que le décollement lui-même, surtout s'il date de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, a encore aggravées.

Il faudra éviter aussi, autant que possible, la rétraction cicatricielle du vitré. Si la théorie vitréenne du décollement spontané paraît en effet inexacte, il est incontestable que certains décollements traumatiques sont produits par une rétinite proliférante, une hémorragie vitréenne, une plaie perforante du globe (en particulier par plombs de chasse).. Cette rétraction opératoire que GONIN lui-même redoutait en 1921, qu'il croit encore possible maintenant dans certains cas trop anciens, DEUTSCHMANN, SCHIEK, WESSELY, FLEISCHER, V. HIPPEL (1) l'ont constatée après une

(1) C. f. Soc. Opht. bavaroise, 14 juillet 1929.

thermo-ponction oblitérante faite avec le thermo-cautère de PAQUELIN et l'ont vu aggraver le décollement. Pour l'éviter, SOURDILLE préfère utiliser la réaction du galvano-cautère à anse étroite, ou l'injection d'une solution à 1/100 de cyanure de mercure.

Cette évaluation de l'intensité de la réaction à produire est assez délicate. Cette difficulté d'appréciation est, croyons-nous, la raison de beaucoup d'insuccès. Seuls l'expérimentation thérapeutique renouvelée, l'étude de cicatrices de décollements guéris opératoirement (pour laquelle on ne peut rien attendre que du hasard) ou à son défaut l'étude de cicatrices thérapeutiques faites systématiquement avant une énucléation (1) permettront de formuler des indications précises.

Pour obtenir cette réaction adhésive, SOURDILLE utilise 2 procédés, décrits explicitement dès sa première communication de 1925. Injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure au 1/1000, ou galvano-cautère.

Le premier procédé est réservé aux décollements très étendus. Malgré sa tolérance remarquable, on ne pourrait tout de même impunément perforer 4 fois le globe avec un galvano-cautère dans une même séance. Beaucoup d'auteurs, considèrent même que cela n'est pas sans danger en des séances successives si le fer rouge est très volumineux.

Dans le décollement total, le procédé du couteau avec injection de cyanure paraît indiqué. Il n'a qu'un seul inconvénient, la douleur assez vive dans les heures qui suivent l'opération. Celle-ci peut être évitée par l'adjonction de novocaïne, ou mieux d'acoïne, dont l'analgésie persiste pendant une journée. Au besoin d'ailleurs des analgésiques généraux tels : l'Allonal ou même le Sédol sous-cutané (éviter la morphine cause de vomissements), assurent le repos du malade..

(1) AMSLER. — XII^e Congrès de la Société suisse d'Ophthalmologie, Lausanne, 29 juin 1929 et *Annales d'Ocul.*, nov. 1929.

Le galvano-cautère est réservé aux décollements plus petits où deux ponctions, trois au maximum peuvent suffire.

La grosseur de l'anse galvanique est d'ailleurs fonction du nombre des perforations. Galvano-cautère très fin (muni d'un renflement destiné à augmenter la masse pour éviter le refroidissement) quand il faudra l'enfoncer à plusieurs reprises, branches un peu plus grosses, un peu plus écartées quand une seule ou au maximum 2 ponctions suffiront.

En règle générale, le galvano-cautère sera réservé aux décollements peu saillants. Son extrémité en effet doit *atteindre et perforer la rétine*. Or, pour les raisons ci-dessus énoncées, la pointe ne doit pas être enfoncée de plus de *deux à trois millimètres*. Les gros soulèvements ampullaires en paraissent donc peu justiciables. Dans certains cas cependant, où, pour une raison particulière (pusillanimité du malade, atteinte rénale, idiosyncrasie au cyanure de mercure) l'injection irritante devrait être écartée, l'introduction du galvano-cautère pourra être suivie de la perforation de la rétine avec le couteau..

Le galvano-cautère a pour lui d'être moins douloureux que l'injection de cyanure de mercure. Il oblige à disséquer un lambeau conjonctival qui doit être suturé soigneusement pour éviter les adhérences dans le cul-de-sac (1).

Fait essentiel et sur lequel SOURDILLE s'est expliqué longuement à la S. F. O. le 14 mai 1930, toutes les réactions adhésives doivent être provoquées sur toute l'étendue du décollement. L'expérience a montré que l'intensité maxima devait être recherchée au point *le plus exposé aux récurrences, c'est-à-dire à la partie supérieure du décollement, là où le poids de la rétine et l'intensité des lésions (voir « Evolution du décollement »)* créent une zone de moindre résis-

(1) Depuis quelques mois, Sourdille combine dans quelques cas une ou deux ponctions au galvanocautère (région initiale, ordinairement temporale supérieure) avec une ou deux perforations au couteau suivies d'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure.

tance (peut-être anatomiquement préparée) où commence en règle presque absolue le soulèvement. Or, *point capital sur lequel on ne peut trop insister et dont la méconnaissance a été certainement la plus grosse des causes d'insuccès dans les décollements inférieurs, la détermination de la limite supérieure du décollement est très difficile.* Elle exige un examen minutieux. On sait, en effet, que le décollement qui débute en règle en haut et le plus souvent en dehors subit graduellement le « senkung » ; le liquide glisse le long de la choroïde vers les parties déclives de la rétine. Très souvent après cet abaissement, la rétine paraît se réappliquer à la partie supérieure. *Il faut bien savoir que ce n'est là qu'un simple accollement sans adhérence véritable.* Un examen soigneux met en évidence un léger déplacement parallaxique des vaisseaux, ou bien un placard de choroïdite, placard blanc plus ou moins taché de noir témoin de l'atrophie rétinienne liée aux altérations vasculaires choroïdiennes, parfois même placard noir secondaire au décollement. On pourra enfin constater l'existence d'une ou plusieurs déchirures. Celles-ci marqueraient très souvent le lieu où existaient les altérations vasculaires maxima ayant fragilisé la rétine, point où nécessairement le soulèvement devait commencer. On voit que si pour GONIN les plaques de choroïdite servent à la recherche de la déchirure la déchirure peut servir pour SOURDILLE à rechercher le point où l'épithélium a le plus souffert, le foyer initial d'où partiront « les abcès par congestion » auquel SOURDILLE compare les décollements migrants.

L'évacuation du liquide sous-rétinien doit être aussi complète que possible. Au moment de l'opération, elle se fait en grande partie vers l'extérieur, en dehors de la sclérotique, facilitée par le drainage en séton de la brèche scléro-rétinienne, mais cette évacuation extemporanée ne suffit pas. Le liquide se reproduit avec une assez grande rapidité. L'application de la rétine à la choroïde sans interposition liquidienne est indispensable pendant les heures où se

produit la réaction adhésive. Or, très rapidement, dans les deux procédés, celui du couteau ou celui du galvano-cautère, la cicatrice scléro-choroïdienne se ferme, empêchant la filtration liquidienne vers l'extérieur. C'est ici qu'interviendrait le rôle de la perforation systématique de la rétine rôle providentiel que DE GRAEFE, puis DEUTSCHMANN, font jouer lorsqu'elle existe à la déchirure *spontanée*.

Rapidité d'évacuation au début par le mécanisme du séton, écoulement prolongé du liquide sous-rétinien vers le vitré, tels sont les deux avantages que les ponctions systématiquement scléro-rétiniennes ont sur la simple ponction sclérale.

La troisième condition que réclame SOURDILLE est l'utilisation de la pesanteur pour faire retomber sur le fond d'œil la rétine plus lourde que le vitré. Si le dosage de l'intensité de la réaction utile est le point délicat pour l'opérateur, cette nécessité de mettre la rétine en place tout le temps que dure la réaction, entraîne une des obligations les plus pénibles pour le malade, *la nécessité de l'immobilité, immobilité complète, stricte*, avec défense de lever la tête pour lire, manger, pour aller à la garde-robe, et, dans les premiers jours au moins, pour faire le lit.

Cette immobilité doit être obtenue en bonne position ; celle-ci varie bien entendu avec le siège du décollement et doit tendre à faire revenir à sa place normale sous la simple influence de son poids spécifique relativement élevé, la rétine soulevée.

Elle doit s'accompagner d'immobilisation du globe sous pansement binoculaire non compressif, maintenu au moins 6 ou 8 jours.

Combien de temps doit être prolongé ce décubitus strict (auquel, l'expérience le prouve, le malade accepte fort bien de se prêter si on lui en démontre l'importance) ? La réponse est très délicate. Après avoir exigé au début « trois semaines environ », l'auteur, quelques années plus tard, avait cru nécessaire, à la suite de récurrences d'allonger ce dé-

lai. Nous verrons au chapitre « soins consécutifs » son opinion actuelle..

En somme, ponctions scléro-rétiniennes multiples à l'aide du bistouri ou de l'anse galvanique, injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure à 1/1000, si l'on a employé le premier procédé, immobilisation du globe et de la tête, tels sont les trois temps différents dont SOURDILLE croit la combinaison indispensable mais suffisante pour obtenir la guérison du décollement de la rétine.

B. Technique

1° PRÉPARATION.

Dans les jours précédents, il sera bon de mettre *le malade au lit*, ce qui aura le double avantage de l'habituer à l'immobilité et de favoriser la retombée de la rétine sur le fond d'œil.

Il faut *éviter, par contre, toute cause d'irritation locale telle l'injection sous-conjonctivale.*

On ordonnera une potion au *chlorure de calcium* pour éviter ou limiter une hémorragie éventuelle. Le matin même de l'opération on fera absorber par la bouche une ampoule d'Arrhéma Pectine.

Avant que le malade soit amené à la salle d'opération, il faudra *toujours* par un examen ophtalmoscopique pratiqué évidemment dans le lit et sans mobiliser la tête, s'assurer que l'état du fond d'œil ne s'est pas modifié.

C'est à ce moment, après avoir encore une fois bien précisé les limites du décollement, que l'on décidera le nombre de ponctions, leur siège et le mode opératoire, bistouri ou galvano-cautère.

Le nombre de ponctions dépendra essentiellement de l'étendue du soulèvement.

Dans un décollement total, il faudra faire : 4 ponctions aux 4 méridiens intermédiaires, entre les muscles, à une

distance de 15 à 18 mm. du limbe jamais à moins de 12 m^m de crainte de toucher le ciliaire, et en évitant bien entendu les veines vorticineuses.

Même dans les décollements partiels (sauf la très rare exception de retouche pour un soulèvement résiduel) les ponctions *seront toujours multiples* (1). Elles se feront à intervalle à peu près égal dans toute l'étendue du soulèvement. Dans les décollements inférieurs *il ne faudra jamais manquer d'intervenir dans la région d'origine du décollement*, région que l'interrogatoire soigneux et un examen attentif auront très souvent localisée au Quadrant Temporal Supérieur (Cf. Evolution du décollement rétinien S. F. O., 14 mai 1930). Dans les soulèvements maculaires, ce foyer original, véritable lésion initiale de « l'abcès par congestion » auquel SOURDILLE compare le décollement, aura été recherché avec plus de soin encore, la ponction ne pouvant évidemment être faite en pleine macula.

Le choix du mode de ponction sera partout dirigé par la mesure de la saillie du décollement. Galvano-cautère dans les décollements plats, bistouri dans les formes ampullaires.

Ces dernières indications posées, le malade sera transporté à plat sur un chariot, sans soulever la tête, à la salle d'opération. Il y aura souvent d'ailleurs intérêt à opérer sur le chariot lui-même.

2° L'OPÉRATION :

1° *Procédé au bistouri :*

L'anesthésie sera obtenue par instillation répétée d'une solution de cocaïne à 4 %. Une akinésie palpébrale, suivant

(1) Il convient d'insister tout particulièrement sur cette nécessité de *ponctions multiples*. Les ponctions n'ont pas seulement pour but dans l'idée de S. d'évacuer le liquide, mais aussi d'assurer le passage sous le rétine de l'injection irritante. Une ponction isolée produit en général une réaction beaucoup trop localisée pour assurer une adhérence suffisante.

la méthode de Van LINT aura le gros avantage de réduire au minimum la perte de vitré. Les téguments ayant été désinfectés suivant les procédés classiques, on lavera au sérum les culs-de-sac conjonctivaux, aussi soigneusement qu'avant une opération de cataracte. Pour les ponctions, on se servira soit d'un couteau de GRAEFE très fin et bien pointu, soit du sclérotome spécial de SOURDILLE (maison LUER, Paris). Elles se feront la lame dirigée dans un plan méridien de l'œil, le tranchant en avant, afin d'éviter autant que possible l'hémorragie des gros vaisseaux surtout des vaisseaux choroïdiens. La pointe, après avoir traversé la conjonctive, la déprime légèrement en avant ou en arrière avant de pénétrer dans la sclérotique réalisant l'incision en chicane des deux enveloppes. Les ponctions sclérales sont faites rapidement, en piquant sans couper, poussées assez profondément pour qu'on soit sûr d'avoir traversé la rétine. La pointe doit pénétrer d'au moins 1 cm. A l'aide de petits mouvements de torsion imprimés au bistouri on laisse sourdre sous la conjonctive le liquide sous-rétinien et le vitré.

Aussitôt les ponctions terminées, on injecte au niveau de chaque orifice (en plusieurs fois) une quantité globale de 1 à 2 cc. d'une solution stérilisée préparée en ampoules de :

Cyanure de mercure.....	2 milligr.
Novocaïne	4 centigr.
Eau distillée	2 cc.

Il y a d'ailleurs avantage à remplacer la novocaïne dont l'action est très passagère par l'acocaïne ou la percaïne qui assurent une analgésie qui se prolonge 10 ou 12 heures après l'opération.

L'injection faite, le blépharostat enlevé, on dépose dans le cul-de-sac conjonctival inférieur la valeur d'un gros pois d'une pommade stérilisée d'atropine-morphine puis on pose un pansement binoculaire.

2° *Procédé au galvanocautère.*

Préparation, lavages, instillations, de cocaïne, akinésie palpébrale se feront comme précédemment, mais, on y ajoutera dans la région d'intervention une injection sous-conjonctivale anesthésique de quelques gouttes d'une solution de novocaïne à 4 % ou d'acoïne.

Dix minutes après, libération de la sclérotique par dissection soigneuse d'un lambeau conjonctival convexe en avant dont la lèvre périphérique est soulevée par l'écarteur de DESMARRES, qui protège en même temps la paupière.

Il est indispensable qu'un aide maintienne le globe en bonne position à l'aide d'une pince à fixation ou mieux d'une anse de fil placée dans l'épiscière près du limbe à l'opposé de la région où se fera la ponction. (Ce fil a le double avantage de servir de repère et d'éviter de presser sur le globe, précaution très importante).

La sclère bien dénudée est alors perforée directement avec l'anse galvanique très fine portée au *rouge vif*. La pointe du cautère ne doit pas pénétrer de plus de 2 à 3 mm. ce qui suffit d'ordinaire à perforer la rétine, ce procédé étant réservé aux décollements peu saillants. Elle est retirée après 1 ou 2 secondes. Si l'on n'est pas très sûr d'avoir pénétré dans le vitré, il faut alors introduire le sclérotome par l'orifice d'ignipuncture, profondément jusqu'à issue de liquide.

Le nombre de ponctions dépend ici encore de l'étendue du décollement, elle n'est qu'exceptionnellement unique. La première *ordinairement la plus forte* (on devient plus timide quand on voit l'œil se ramollir) sera toujours faite au lieu le plus élevé du décollement et de préférence dans le quadrant supéro-externé.

Il est très rare avec les ponction multiples d'être obligé de récliner les muscles ; on passe dessous ou dessus en les protégeant au besoin avec un deuxième écarteur de DESMARRES. Deux ou trois sutures à la soie ferment la brèche

conjonctivale. Il est souvent avantageux de poser les fils avant les ignipunctures. Ici encore pommade à l'atropine-morphine et pansement binoculaire.

3° SOINS CONSÉCUTIFS :

L'opération terminée le malade est ramené sur le chariot à son lit où on le fait glisser, sans lui faire lever la tête.

Dans le lit, la tête doit être calée en bonne position par des coussins de sable ou des serviettes roulées. Décubitus dorsal sans oreillers, pour les décollements totaux ou maculaires, décubitus dorsal tête basse pour les décollements supérieurs, 2 briques soulevant légèrement les pieds du lit, décubitus demi-assis pour les décollements inférieurs, inclinaison latérale pour les décollements temporaux ou nasaux.

Cette immobilisation doit être stricte et n'être interrompue en aucun moment de la journée, ni pour boire, ni pour manger, ni pour aller à la garde-robe. Pour assurer le repos du malade, le jour de l'opération, on aura souvent avantage à recourir aux analgésiques : aspirine, Allonal, au besoin injection de Sédol (éviter la morphine cause de vomissements). L'alimentation sera légère les jours suivants en évitant le plus possible les efforts de mastication.

Un ou deux jours après l'intervention, on pourra changer le pansement sans examiner l'état de la rétine, instiller deux gouttes d'un collyre, d'atropine, d'ionine ; on maintiendra, bien entendu, le pansement binoculaire (1).

Le premier examen ophtalmoscopique ne doit pas être fait avant le 6^e ou le 7^e jour, même alors, il doit être rapide et doit évidemment être pratiqué sur le malade couché, l'œil restant le plus possible immobile. Souvent la rétine est complètement réappliquée.

(1) Même lorsqu'on aura découvert le 2^e œil, il sera bon de laisser le malade dans une chambre demi-obscur.

Il peut être utile, dans ce cas, pour diminuer les chances de récurrence et seulement après le procédé au cyanure de mercure, de pratiquer au 10^e ou 12^e jour un *capitonnage électrolytique* pour augmenter les adhérences. Cinq ou six aiguilles, les plus fines possibles, aiguilles droites à sutures nerveuses par exemple, seront introduites profondément, en même temps, à travers la sclérotique et reliées au pôle + d'un appareil à électrolyse. On fera alors passer pendant 5 à 6 secondes, un courant de 2 à 3 milli-ampères. Après cette intervention, *de complément*, le pansement binoculaire doit être maintenu au moins 48 heures. Des instillations quotidiennes de dionine et d'atropine sont continuées régulièrement. Pour éclaircir le vitré qui, aux premiers examens, est parfois un peu trouble, on pratiquera, une ou deux fois par semaines, une injection sous-conjonctivale de chlorure de sodium en solution aqueuse hypertonique à 5 % ou de cyanure de mercure en solution novocaïnée au 1/5000 ou 1/3000.

Les conditions du décollement règlent le traitement général que SOURDILLE associe toujours au traitement chirurgical : Injections intraveineuses de cyanure de mercure dans les cas de décollement myopique, acécoline, nitrites, iodures, dans les cas de décollement d'origine circulatoire, tels ceux du vieillard emmétrope. Chez certains malades âgés ayant une azotémie élevée une diète sévère avec goutte à goutte rectal lactosé pourra même être indispensable.

Combien de temps doit être prolongé le décubitus? Il est difficile de poser des règles fixes. Chaque malade a sa cicatrice ; on comprend fort bien en effet que suivant l'intensité de la réaction (impossible à doser avec une précision parfaite), suivant l'âge du décollement, suivant aussi l'état vasculaire général ou local du sujet, les conditions d'une bonne cicatrisation puissent se modifier, d'un cas à l'autre.

A l'heure actuelle, l'auteur tend à réduire à 15 jours, 3 semaines, parfois plus, rarement moins, l'immobilité né-

cessaire. La douceur relative de l'intervention (comparée en particulier au procédé de GONIN) allonge peut-être l'intervalle de cicatrisation. Il semble que dans quelques cas la guérison pourrait se maintenir après une immobilité beaucoup moins prolongée. Nous citerons plus loin l'observation d'un malade qui par suite de congestion prostatique avec rétention aiguë d'urine fut obligée de se lever au bout de 48 heures et resta tout de même complètement guéri.

M. BAILLIART et Mme SCHIFF-WERTHEIMER ont eu l'obligeance de nous communiquer l'observation de M. A... Marcel, opéré le 20 février 1930 à la Clinique des Quinze-Vingts pour un décollement rétinien inférieur. Une ponction au couteau suivie d'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure à 1/1000 produisit une réapplication complète de la rétine qui s'est maintenue depuis, malgré qu'au 3^e jour de l'intervention (23 février 1930), le malade ait présenté une agitation violente qui interrompit, bien entendu, le décubitus et obligea même à l'évacuer sur l'Asile Sainte-Anne.

La prudence conseille cependant d'attendre un minimum de 15 jours, laps qui ne peut guère être raccourci même dans les décollements inférieurs où, nous l'avons vu, l'origine est souvent supérieure.

Dans les cas heureux, une seule intervention amène la guérison qui restera définitive. Parfois, après une guérison apparente, le décollement récidive. Une deuxième intervention, parfois même une troisième peuvent cependant être couronnées de succès. D'autres fois, d'emblée est obtenue une amélioration, un aplatissement du décollement, ou un recollement partiel? L'indication de réintervenir sera ici formelle. Ce deuxième temps aura souvent avantage à être tenté au galvano-cautère.

Parfois enfin, le traitement ne produit aucun résultat. On pourra renouveler les tentatives mais il s'agit souvent de rétines fixées par désaltérations secondaires (« ankylose rétinienne » ou troubles vitréens). La guérison restera problématique. On ne devra guère insister que dans le cas d'œil

unique pour lutter par conséquent contre une cécité totale.

Le malade sorti de la clinique ou de l'hôpital guéri ou non, devra rester sous surveillance médicale. Le traitement général et, en cas de succès, des injections sous-conjonctivales à 3 ou 4 mois de distance devront être longtemps continuées.

La fréquence relative des décollements bilatéraux oblige d'ailleurs à surveiller l'autre œil, au besoin à le soumettre aussi aux injections sous-conjonctivales. A noter d'ailleurs que les yeux qui présentent les lésions périphériques les plus apparentes (tâches pigmentaires en particulier) ne sont pas pour SOURDILLE les plus exposés au décollement (cf. *Evolutions du D. R.*)

Telle est la méthode de SOURDILLE. Elle repose sur une doctrine pathogénique originale, l'altération des moyens de coaptation de l'épithélium pigmentaire et de la rétine visuelle sous la dépendance habituelle d'un déficit circulatoire dans la chorio-capillaire.

Pour refaire une adhérence chorio-rétinienne, elle utilise des procédés « tous connus, tous employés, en partie abandonnés ». L'auteur d'ailleurs, dès sa première communication de 1923, avait eu grand soin d'en prévenir, répondant d'avance à des critiques qui n'ont pas manqué d'être faites. De ces procédés, plusieurs, nous l'avons vu, avaient amené des guérisons et continuent d'obtenir quelques succès isolés, mais les résultats sont très supérieurs si on les combine en les modifiant.

De cette combinaison, en effet, tous les temps ont une égale importance. Dix ans d'expérience, de nombreuses guérisons qui ne peuvent être dues au hasard l'ont montré et peut-être aussi les insuccès, inexplicables autrement, qu'ont eu les opérateurs les plus habiles qui partiellement informés ou cru appliquer la méthode en considérant parfois comme accessoire ou irréalisable une de ses prescriptions (multiplicité des ponctions, décubitus strict en particulier).

II. LA TECHNIQUE DE GONIN

A l'opposé des idées de SOURDILLE partisan de l'influence prépondérante des lésions rétro-rétiniennes dans le développement du décollement, GONIN défend, nous l'avons vu l'origine pré-rétinienne du soulèvement dont l'intermédiaire obligatoire serait une déchirure de la membrane.

C'est pour lui cet intermédiaire contre lequel il faut diriger *tout l'effort thérapeutique*. Le traitement du décollement devra tendre à oblitérer la déchirure. L'oblitération réussie, le décollement doit guérir. Sans l'oblitération complète aucune guérison n'est possible. De cette idée originale est née la « *thermo-ponction oblitérante* ».

L'opération de GONIN comporte en conséquence deux parties d'importance égale mais de difficulté technique très différente : le repérage de la déchirure et sa projection sur la face externe de la sclérotique, l'opération proprement dite, l'ignipuncture.

1° SUR LE REPÉRAGE DE LA DÉCHIRURE, M. AMSLER s'est longuement expliqué devant la S. O. F. du 17. nov. 1929. Elle comporte, d'après lui, trois temps :

recherche,
identification,
repérage proprement dit..

La *recherche* de la déchirure doit être faite en *mydriase totale*, à l'image renversée, en explorant successivement tous les méridiens du globe en portant attention surtout à la région équatoriale et pré-équatoriale où siègent le plus souvent les déchirures. Il faut prendre grand soin de faire une ophtalmoscopie « rigoureusement centrée, c'est-à-dire que l'image observée se trouve juste au centre d'une lentille tenue bien perpendiculaire à la ligne de visée ». Une déchirure trouvée, il faudra encore rechercher s'il n'en existe pas une ou plusieurs autres.

L'identification des déchirures, la reconnaissance des détails pourront avantageusement s'aider de l'image droite avec un ophtalmoscope électrique à réfraction.

Le repérage proprement dit comporte deux recherches successives, celle du méridien, celle du parallèle.. La détermination du méridien est des deux la moins difficile. On précisera tout d'abord le secteur limbique opposé au secteur où se trouve la déchirure ; les 2 extrémités de ce secteur (à 90°) seront alors marquées en plein jour par 2 points noirs au limbe « repères cardinaux ». La disposition des vaisseaux conjonctivaux dans ce secteur permet ensuite, à des examens successifs, de préciser exactement le méridien que l'on marque par un point d'encre de Chine un peu plus éloigné du limbe, mais toujours à l'antipode de la déchirure.

Le parallèle sera déterminé ensuite à partir de l'ora que l'on fixe arbitrairement à l'extrême limite visible du champ ophtalmoscopique. Cette distance sera appréciée en diamètres papillaires dont on gardera facilement à l'esprit la mesure précise, si l'on a pris soin de la comparer auparavant à l'un des cercles du pupillomètre de HAAB que l'on prie le malade de tenir fixé le long de sa joue. Sachant qu'un diamètre papillaire correspond en réalité à 1 mm.5, le nombre de D. P. à partir de l'ora donnera la distance en millimètres à partir du limbe en ajoutant les 8 mm. qui séparent, schématiquement, l'ora du limbe.

Tous ces détails et ces mesures seront avantageusement reportés sur le très pratique schéma préconisé par AMSLER et DUBOIS.

2° L'OPÉRATION : (1) La technique précise de l'opération n'a jamais été publiée en détail. Telle que nous avons pu la voir pratiquer sept fois par MM. GONIN et AMSLER à Lausanne et à Paris elle comporte elle-même deux temps.

(1) L'exposé technique qui suit a été soumis au Dr AMSLER qui très aimablement a bien voulu nous préciser quelques détails.

Il faut d'abord projeter sur la face externe de la sclérotique la déchirure rétinienne qu'on se propose d'aborder. Pour cela au point qui marque sur le limbe opposé le méridien de la déchirure, on place un fil qui, traversant exactement la cornée en son milieu, donnera la « direction » ; on dissèque ensuite le lambeau conjonctival dans le quadrant où se fera l'intervention puis, ceci fait, avec un compas à vis ou avec l'un des marqueurs stérilisables de AMSLER, on mesure la distance s'y reprenant au besoin à plusieurs fois et l'on marque le repère à l'encre de Chine. En ce point se fera l'intervention.

Ponction sclérale au couteau de GRAEFE ou avec le couteau courbe d'AMSLER.

Introduction de la pointe courbe d'un thermo-cautère de PAQUELIN enfoncée de 4 à 6 mm. et laissée dans la plaie pendant 1 à 3 secondes (en continuant d'activer la soufflerie).

On serre rapidement les fils conjonctivaux, puis on applique un pansement binoculaire.

La tête sera immobilisée strictement, en faisant en sorte que le malade appuie sur la déchirure le poids du vitré. L'immobilisation absolue sera maintenue une huitaine de jours. Vers le 15^e jour le malade pourra se lever dans les cas heureux où la déchirure a pu être bouchée d'un seul coup et la guérison obtenue. Le lever pourra être plus précoce dans les cas de déchirure inférieure.

Le P^r GONIN nous a dit attacher peu d'importance au traitement de la maladie qui amène le décollement. Il semble que pour lui « l'accident » du décollement soit tout, « la maladie » très peu de chose (au sens qu'AMSLER prête à ces deux termes). M. AMSLER à la S. O. P. du 15-12-29 a d'ailleurs dit que la thermo-ponction-oblitérante était « une opération de sauvetage, un acte de chirurgie d'urgence qui s'adresse au décollement exclusivement ».

Même dans les cas heureux le malade n'est pas toujours guéri par une seule intervention. Il faut parfois aussi « rec-

tifier le tir » la déchirure n'ayant pas été englobée dans la cicatrice de ponction.

Il est d'ailleurs des cas où les déchirures sont multiples ou très grandes. Plusieurs interventions seront successivement entreprises à quinze jours environ d'intervalle.

Enfin les désinsertions à l'ora nécessiteront la pose d'un certain nombre de « boulons » (parfois 5 ou 6) qu'il faudra placer en des opérations successives, ces différentes interventions étant destinées à créer une véritable barrière, entre la macula et la partie décollée.

Telle est l'opération de GONIN, basée sur la doctrine du mécanisme vitréen du décollement *elle a pour postulat l'oblitération de la déchirure, oblitération primitive moyen de guérison.*

Employée par un certain nombre d'auteurs M. WEILL, à Strasbourg, M. JEANDELIZE à Nancy, elle a subi de la part de M. VOGT, à Zurich, de M. LINDNER, à Vienne, de M. RUPRECHT, à Bruges, de légères modifications portant essentiellement sur la technique du repérage et sur l'emploi du galvano-cautère à la place du thermo-cautère. PAQUELIN : *modifications accessoires* ne changeant aucune des données essentielles.

De ces deux techniques, celle de SOURDILLE et celle de GONIN, nous examinerons maintenant les résultats heureux. La comparaison de la statistique des succès obtenus par ces deux méthodes occupera le prochain chapitre.

CHAPITRE IV

Les Résultats

De chaque côté à Nantes et à Lausanne, des succès nombreux ont été obtenus, qui bouleversent le pronostic d'une affection que l'on s'était habitué à considérer comme presque fatale au point de vue visuel.

Sous ne nous occuperons ici que de ces succès réservant à un travail ultérieur l'étude critique complète des statistiques pour laquelle certaines données nous manquent encore.

Le but de ce travail est essentiellement en effet de chercher une réponse au postulat de GONIN : l'oblitération de la déchirure est condition « sine qua non » du recollement. Quels sont donc, en face des succès qui sembleraient justifier ce postulat, les résultats obtenus par SOURDILLE ?...

Une remarque s'impose : On ne peut mettre en parallèle que des statistiques de cas comparables. Il est bien évident que l'âge du décollement, l'état de la rétine et du vitré sont conditions extrêmement importante de réussite ou d'échec. Ne publiant in extenso que les cas guéris ou améliorés il nous faut déclarer maintenant que sur 170 cas opérés par SOURDILLE un assez grand nombre sortait des limites que l'on fixe à Lausanne (1) aux possibilités d'intervention, en particulier du fait de leur ancienneté des altérations rétinienues dont les déchirures multiples pouvaient être le té-

(1) AMSLER. — S. O. P., février 1930, 1, c.

moins ou encore de la bilatéralité du décollement. De ce fait, les deux statistiques doivent donc être interprétées un peu différemment tous les auteurs s'accordant à reconnaître que le pourcentage de guérisons du décollement baisse très rapidement à mesure qu'on s'éloigne de sa date d'apparition.

GONIN, au Congrès d'Amsterdam a présenté l'observation de « 100 décollements rétinien ».

Sur ces 100 malades 43 ont guéri dont 22 avaient un décollement de moins de 3 semaines, 15 un décollement vieux de 3 semaines à 3 mois; 6 un décollement de plus de 3 mois. Depuis cette date (1), il a opéré 72 yeux dont 31 sont guéris. Le pourcentage global de guérison est donc environ de 43 %.

Sur 169 opérations, SOURDILLE a obtenu 71 guérisons, six améliorations importantes; mais, dans le nombre, 19 succès ont été obtenus avec des décollements vieux de plus de trois mois, 9 avec des décollements vieux de plus de 6 mois. (Ces dates extrêmes des décollements peuvent encore aller plus loin).

Nous ne pouvons malheureusement préciser encore quel était l'âge des décollements où le traitement n'a pas eu d'influence mais il excède le plus souvent très largement les deux ou trois mois que GONIN d'après AMSLER fixe comme la date limite approximative après laquelle on ne saurait guère obtenir de guérison.

Quoiqu'il en soit, voici les observations des cas guéris à Nantes entre 1920 et 1929. Nous y ajouterons deux observations personnelles de guérison complète, le trop petit nombre et le caractère à peu près désespéré des autres cas que nous avons opérés tant dans le service de notre maître le Docteur POLLARD, à l'hôpital Lariboisière qu'à la Clinique ophtalmologique dans le service du Professeur TERRIEN ne nous permettant pas de tenter la moindre statistique personnelle.

(1) Chiffres communiqués par le Pr Gouin à Lausanne, le 14 avril 1930.

Observations

OBSERVATION I

7 octobre 1920. — E... Jean, 52 ans. La Remaudière (L. I.) Aortite. Hypertrophie du cœur.

O. D. Emmétrope. Décollement de la rétine en haut et en dehors, formant une poche saillante ; une déchirure rétinienne en forme d'ovale allongé, en dehors. Début il y a six jours. $V < 1/50$.

O. G. Décollement rétinien depuis 4 ans. Synéchie postérieure totale. Hypertension. Fond d'œil inéclairable. Très faible perception lumineuse.

8 octobre. — Opération de l'œil droit.

8 novembre. — Le décollement a complètement disparu. Vitré transparent. Champ visuel normal. $V = 4/10$.

23 décembre. — $V = 5/10$. Lecture facile avec + 2 D. 5.

19 avril 1921. — Légère baisse. $V = 4/10$ difficilement, petit décollement en haut et en dehors.

25 avril. — O. D. $V < 1/20$. Large décollement en haut et en dehors.

26 avril. — Deuxième intervention.

22 mai. — $V = 3/10$. Volumineux corps flottant.

13 juin. — $V = 4/10$, toute trace de décollement a disparu.

4 juillet. — $V = 6/10$.

20 juin 1922. — $V = 6/10$, champ visuel normal. Le malade déclare que sa vision est redevenue très claire, qu'il n'a même pas de mou-

Les obs. n° 1 à 12 (inclus) ont été publiées dans les *Archives d'Opht.*, T. XL, en juillet 1923.

Les obs. n° 13 à 17 (inclus) ont été présentées à la S. O. P., en mai 1924. Toutes les autres obs. sont inédites.

Presque tous les malades dont nous publions l'observation ont été revus depuis le 1^{er} mars 1939 et la guérison se maintient.

ches volantes ; grandes taches pigmentaires de la choroïde en haut et en dehors.

20 avril 1923. — V = 7/10. La guérison paraît complète.

OBSERVATION II

15 février 1921. — Mme M..., 25 ans, Saint-Nazaire, se présente dans mon service de l'Hôtel-Dieu pour une baisse brusque de la vision de l'œil droit survenue depuis 2 ou 3 semaines.

O. D. : Compte à peine les doigts à 0 m. 20 dans la partie externe du champ visuel. Large décollement inférieur de la rétine.

O. G. : 0°2. - 19 V = 1/10.

15 février. — Opération.

17 février. — Lit les gros caractères d'un journal.

19 février. — Le décollement paraît réappliqué, lit le n° 1.25 de l'échelle de Galezowski.

24 février. — Champ visuel normal.

11 avril. — V = 1/10 après correction. Toute trace de décollement a disparu, abondante pigmentation choroïdienne.

6 avril 1922. — V = 1,5/10. Op. de Vacher-Fukala. (Extraction du cristallin transparent).

26 juin 1922. — V = 2/10 sans verres.

19 février 1923. — V = 2/10 sans verres. Champ visuel normal.

La malade, qui est domestique, a repris depuis longtemps sa profession, ne se sert plus de lunettes et déclare que l'œil opéré est son meilleur.

Le 12 mai 1930, V. O. D. = 2/10 sans verres.

OBSERVATION III

8 mars 1921. — Mme G..., 44 ans, Romary (I.-et-V.).

O. D. : Enucléé depuis plusieurs années pour complications consécutives à un décollement myopique de la rétine.

O. G. : Myopie de 20 D. Décollement occupant plus de la moitié inférieure de la rétine, survenu en juillet 1919 et ayant résisté aux divers traitements que je lui avais fait subir.

V < 1/50. Champ visuel limité à une simple perception lumineuse à la partie inférieure. La malade ne peut se diriger seule.

9 mars. — Opération.

16 février 1922. — V = 1/15 avec — 20 D. Petit scotome dans la partie supérieure du champ visuel. Un tout petit décollement persiste à l'extrême périphérie, en bas.

20 février 1923. — L'amélioration se maintient. La malade peut se conduire seule, écrire, lire sa correspondance. Elle a repris la plus grande partie de ses occupations ordinaires. Elle accuse un certain degré de torpeur rétinienne et ne voit bien que dans un fort éclairage.

OBSERVATION IV

24 mars 1921. — Mme S..., 52 ans, les Sorinières (L. I.) (1), malade atteinte depuis plusieurs années d'un décollement myopique (14 dioptries) de l'œil gauche. Soignée par moi depuis 2 ans pour des troubles de l'œil droit, atteint d'une myopie de — 18 D. Sous l'influence du traitement, la vision, à la date du 23 novembre 1920, était remontée de 3/10 à 6/10. Depuis 2 jours, baisse brusque de la vision. V < 1/50. Vaste décollement supérieur de la rétine ; en forme de poche.

24 mars. — Opération.

10 avril. — La rétine est complètement recollée. Champ visuel normal. V = 3/10 avec 16 D.

24 mai. — A la suite d'un renversement violent d'un couvercle de malle sur la tête, nouveau décollement supérieur.

25 mai. — Deuxième intervention.

15 juin. — La rétine est complètement recollée.

10 avril 1923. — V. = 3/10 avec — 18 D. Champ visuel normal. La guérison se maintient.

OBSERVATION V

18 juin 1921. — M. D..., Jean, 57 ans, camionneur, Nantes.

Se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu. A très bien vu des deux yeux jusqu'ici quand, soudain il y a deux jours, en descendant de son camion, il a constaté qu'il ne voit plus de l'œil gauche.

O. D. V = 10/10 avec + 0° 5.

(1) Cette malade a été opérée et soignée par M. le Docteur BALLEREAU, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (Nantes) à qui je l'avais fait adresser pendant que j'étais en voyage.

O. G. V = ne compte pas les doigts. Décollement supérieur de la rétine formant une poche tombant au-devant de la papille. Emmétrope.

23 juin. — Le décollement a gagné les parties déclives ; il occupe plus de la moitié inférieure du globe, mais n'est soulevé que par très peu de liquide. Pas de déchirures rétinienues.

Opération. — Après dissection de la conjonctive, ponctions profondes au galvanocautère.

30 juin. — V = 1/10. Le décollement a complètement disparu ; vitré un peu trouble.

4 juillet. — V = 2/10 milieux plus transparents.

7 juillet. — V = 3/10.

12 juillet. — V = 4/10.

30 juillet. — V = 6/10 ; exeat.

20 février 1923. — Le malade, revu, conserve son bon résultat.

OBSERVATION VI

12 juillet 1921. — M. R..., 72 ans, Bourgneuf-en-Relz (L. I.).

O. D. Emmétrope distinguant à peine le jour et la nuit.

Depuis 8 mois, décollement subtotal de la rétine, légers troubles du vitré.

O. G. Décollement subtotal de la rétine depuis 3 ans. A été soigné et finalement abandonné par un confrère.

13 juillet. — Opération au bistouri. O. G.

6 septembre. — O. G. V = 1/40. Compte facilement les doigts. Peut se conduire.

19 octobre. — O. D. Galvanopunctures multiples, après dissection conjonctivale.

17 mai 1922. — O. D. V = 1/40, champ visuel très étendu.

O. D. V = 1/15.

Le malade se conduit facilement, lit à 30 centimètres avec 4 D. la première ligne de l'échelle murale de Monoyer ; s'occupe de jardinage et se déclare très satisfait.

18 octobre. — Nouvelle intervention.

26 mars 1923. — V = 1/15, champ visuel sensiblement normal.

O. D. Il ne reste plus qu'un léger soulèvement rétinien très limité, situé en bas et en dehors.

OBSERVATION VII

4^{er} octobre 1924. — Mlle Ph... Jeanne, 12 ans, Nantes.

O. D. (0° — 1^D) — 1^D V = 9/10.

O. G. (0° — 1^D) — 4^D V < 1/20. Décollement en bas et en dehors.

Soulèvement peu marqué. Début il y a une quinzaine de jours.

3 octobre. — Opération.

17 octobre. — O. G. V. = 2/10 avec (0° — 1^D) — 6^D .

2 novembre. — O. G. V = 2/10 difficilement. Très léger soulèvement en bas et en dehors.

28 novembre. — Deuxième-opération.

20 décembre. — O. G. V = 2/10. Le décollement a complètement disparu.

Le champ visuel est normal. Grands placards pigmentaires en bas et en dehors.

18 mars 1922. — V = 4/10 avec (0° — 1^D) — 8^D .

20 juin. — V = 5/10.

20 mars 1923. — V = 5/10. La malade a depuis longtemps repris ses études et sa vie ordinaire.

OBSERVATION VIII

25 avril 1922. — M. Q... Eugène, 47 ans, Belle-Ile.

O. D. Myopie, 6^D V < 1/100.

O. G. V < 1/100. Cataracte due peut-être à un ancien décollement myopique. Le malade ne peut se conduire.

Depuis quatre jours, perte brusque de la vision de l'œil droit. Décollement en poche en haut et en dehors. Pas de perforations rétiniennes.

26 avril. — Opération.

27 mai. — O. D. V = 4/10 avec (0° — 2^D) — 4^D . La rétine est recollée dans toute son étendue. Léger trouble du vitré ; un gros corps flottant hémorragique.

25 août. — O. D. V = 5/10.

16 novembre. — Après un choc extraordinairement violent du front et de l'œil contre une portière de wagon, reçu il y a deux jours, le malade prétend voir les objets déformés. V = 5/10 difficilement. A l'ophtalmoscope petits plis rétinien partant au-dessous de la macula vers la partie inférieure. Œdème ou décollement ?

19 novembre. — Les troubles augmentant, nouvelles ponctions et injection.

10 avril 1923. — O. D. V = 5/10 avec — 7^D. Toute trace de décollement a disparu. Dans toute la moitié externe de la rétine, grands placards de choroïdite pigmentaire. Le malade a repris depuis longtemps ses fonctions de directeur d'une importante usine.

OBSERVATION IX

15 juillet 1922. — M. B., Auguste, typographe, 45 ans, Cholet.

O. D. Décollement myopique de la rétine depuis 18 mois. Synéchie postérieure totale. Hypertension V = 0.

O. G. Myopie. — 10^D environ, V = 1/50 difficilement.

Décollement brusque de la rétine le 24 mai dernier. Soigné pendant plusieurs semaines dans la clinique d'un confrère.

Actuellement, décollement occupant tout l'hémisphère inférieur, fortement saillant, passant au-devant de la papille et remontant en dedans au-dessus du diamètre transversal.

16 juillet. — Opération.

17 août. — La rétine est complètement recollée ; le corps vitré est d'une transparence parfaite. Taches pigmentaires de la choroïde nombreuses et petites.

V = 1/10 avec — 12^D.

25 octobre. — V = 1.5/10. Champ visuel normal, craquelures maculaires ; malgré sa faible acuité, le malade lit parfaitement sans verres.

16 avril 1923. — État stationnaire. Le malade, extrêmement satisfait a repris son métier et déclare que cet œil a une vision aussi bonne qu'auparavant.

OBSERVATION X

5 septembre 1922. — M. B., 46 ans, commandant d'artillerie, La Rochelle.

O. D. Myopie. — 4^D V = 1/10.

O. G. Myopie — 4^D = 1/10.

Depuis un mois, décollement de la rétine de l'œil gauche. A été visité au Val-de-Grâce, où on lui a déconseillé tout traitement. Mais la vision continue à baisser et, actuellement, le décollement occupe toute la périphérie de l'œil ; champ visuel extrêmement rétréci, presque maculaire.

6 septembre. — Opération.

26 octobre. — V = 3/10 avec — 3^D, champ visuel normal. Voit les objets colorés en jaune. La rétine est recollée dans toute son étendue.

Trouble du vitré, corps flottant hémorragique dans les parties déclives.

18 novembre. — V = 4/10 difficilement, champ visuel normal. Eclaircissement progressif du vitré.

19 décembre. — V = 5/10 avec — 3^D. Encore quelques corps flottants. Le malade part de La Rochelle pour Metz.

18 janvier 1923. — Depuis l'arrivée à Metz, troubles graves de la vision.

1^{er} février. — Décollement maculaire et inférieur.

2 février. — Nouvelle intervention opératoire.

21 février. — Le décollement a disparu et le malade lit facilement son journal. Le champ visuel paraît normal.

24 mars. — La vision a baissé de nouveau V < 1/10. Décollement subtotal très peu saillant.

26 mars — Troisième opération. 15 jours plus tard V = 3/10.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XI

28 septembre 1922. — M. l'abbé P..., 46 ans, La Rochelle. Adressé par le docteur Babiaud.

O. D. Myopie — 11^D.

O. G. Myopie — 6^D.

O. D. Depuis 3 mois, scotome dans la partie inférieure du champ visuel, mais depuis 3 jours chute brusque de la vision, surtout de la vision périphérique. Vaste décollement supéro-externe. Pas de déchirures de la rétine. Champ visuel hémianoptique inférieur.

29 septembre. — Opération.

18 novembre. — V = 10/10 avec 11^D, champ visuel normal ; rétine partout recollée ; nombreuses plaques pigmentaires de la choroïde en haut et en dehors.

16 décembre. — V = 10/10 avec — 11^D, champ visuel normal.

17 mars 1923. — La guérison se maintient. Torpeur rétinienne dans la portion nasale du champ visuel. Le malade a repris la plus grande partie de ses fonctions de professeur.

OBSERVATION XII

15 mars 1923. — Mlle L... Simone, 19 ans, Angers.

Le 4 mars dernier, en jouant du piano, perte brusque de la vision

O. D. Myopie — $7^D V < 1/50$.

O. G. Myopie, $7^D V = 5/10$.

O. D. Décollement de la rétine inféro-externe, peu saillant.

17 mars. — Opération.

2 avril. — Le décollement a complètement disparu, champ visuel normal. $V = 4/10$.

3 mai 1923. — L'amélioration continue et la malade commence à reprendre ses occupations.

OBSERVATION XIII

Mme M..., 25 ans, est une myope de 20 dioptries ; le 15 février 1921, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour un décollement inféro-externe de la rétine survenu depuis 2 ou 3 semaines. Elle est opérée le jour même.

Le 26 juin suivant, sa vision égale $2/10$, identique à celle de l'œil gauche.

En avril 1922, opération de Fukala (extraction du cristallin transparent).

La guérison du décollement se maintient, la vision remonte à $3/10$ et la malade, qui ne porte plus de lunettes, affirme voir mieux que jamais de son œil opéré.

OBSERVATION XIV

M. X..., 26 ans, ouvrier aux forges de Trignac, a perdu l'œil droit à l'âge de 5 ans par un coup de couteau.

O. G. — En 1912, plaie pénétrante de la cornée gauche par bavure de rivet et cataracte traumatique opérée en 1914 par le P^r Dianoux.

En avril 1923, perte brusque de la vision de cet œil. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 8 mai atteint de décollement subtotal de la rétine. Il est opéré de suite.

De mai à novembre quatre interventions ont été nécessaires.

Complètement guéri depuis novembre ; champ visuel redevenu normal. $V = 4/10$ avec + 12D.

OBSERVATION XV.

M. Br..., 55 ans, de Lorient, emmétrope mais atteint d'aortite.

En novembre 1923, consulte pour un trouble diffus du vitré de l'œil droit dû à des hémorragies rétinienues. $V = 1/25$.

En décembre, très amélioré, mais on note une perforation rétinienne due à l'arrachement d'un petit lambeau de la rétine par un volumineux caillot fibrineux.

Quelques jours après, la vision, qui était de $2/10$ retombe brusquement à $1/30$. Décollement inférieur de la rétine. Opération le 7 janvier 1924. En mai 1924 le décollement a complètement disparu et la vision est remontée à $4/10$.

OBSERVATION XVI

M. C..., 49 ans, avocat à la Cour d'Appel de Paris (Docteurs Rochon-Duvigneaud et Ducamp) le 22 février 1924 décollement myopique de l'œil droit survenu depuis 5 semaines et qui a résisté aux traitements ordinaires. $V\ O. D. = 1/30$ avec — $14D$.

Le 23 février, opération 5 ponctions scléro-rétiniennes suivies d'une injection de cyanure.

Le 14 mars suivant « capitonnage électrolytique ».

Actuellement, la guérison peut être considérée comme complète ; le champ visuel est normal, l'acuité est de $4/10$ et le malade a repris sa profession.

OBSERVATION XVII

Mme X..., 60 ans, mère d'un médecin de Compiègne, myopie légère.

O. D. décollement vieux de 1 ans $V\ 1/100$.

O. G. décollement total vieux de 4 ans $V\ 1/50$.

O. G. Opération. — Bistouri en décembre 1923.

Mai 1924. O. G. $2/3$ rétine sont recollés. $V = 1/15$ — C. $V\ 2/3$ d'un champ visuel normal. Se conduit seule, distingue tous les objets, lit lentête d'un journal.

OBSERVATION XVIII

12 janvier 1922. — M. R..., 72 ans, Bourgneuf-en-Retz. Emmétrope.

O. D. V = perception lumineuse.

O. G. V = 0. Ancien décollement spontané, survenu il y a 2 ans. Cataracte siliqueuse.

O. D. Vision perdue en quelques semaines depuis 4 mois. Vitré trouble, difficilement éclairable. Décollement inférieur. Impossible de voir s'il y a déchirure.

3 juin (dix mois après). Opération, 2 ponctions au bistouri à 5 heures et à 7 heures. Cyanure.

18 juin. — Amélioration notable. Vitré éclairci, le soulèvement rétinien a disparu ; rétine encore un peu floue. V = 1/15.

29 juin. — (Exeat). Guérison. Champ visuel normal, mais torpeur rétinienne et mauvais fonctionnement de la rétine.

OBSERVATION XIX

9 décembre 1922. — Mme B..., 67 ans, Vertlou. Emmétrope.

O. D. à peine perception lumineuse.

O. G. V = 6/10.

O. D. Baisse progressive de la vision depuis un mois, sans cause appréciable. Décollement subtotal de la rétine, seul un petit espace en dedans et en bas paraît à peu près sain. Rétine soulevé en ampoule plissée. Déchirure probable en haut et en dehors.

13 décembre. — Opération. 3 ponctions au bistouri (1^h, 7^h, 9^h). Cyanure.

23 décembre. — Recollement paraît complet.

20 décembre. — Exeat.

8 janvier 1923. — La malade revient. Toute la rétine est complètement recollée. Champ visuel normal.

V = 2/10 avec (0° + 2° + 1°). Quelques hémorragies choro-rétiennes dans la région opérée.

OBSERVATION XX

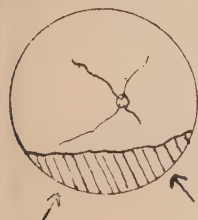
19 novembre 1923. — M. B... Onésime, 55 ans, Lorient. Cardio-aortique. Arythmie. P. A. 20/11.

O. D. V = 1/25.

O. G. V = 10/10 Emmétrope.

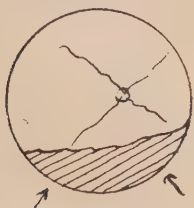
XVIII

OD



Obs. XXIII

OD

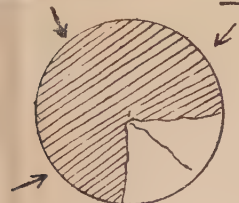


5^{me} Op.



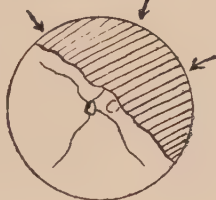
Obs. XIX

OD

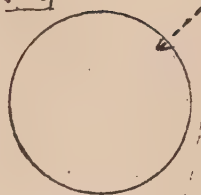


Obs. XXIV

OG

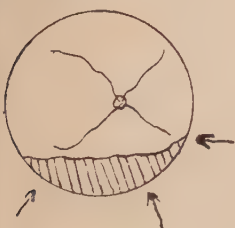


6^o Op.

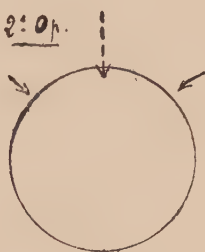


Obs. XX

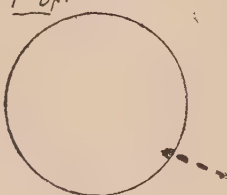
OD



2^o Op.

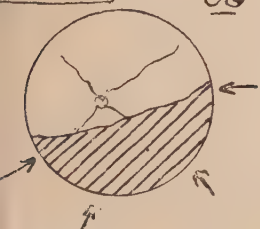


7^o Op.



Obs. XXI

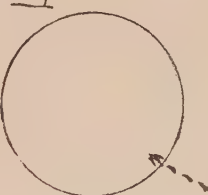
OG



3^o Op.

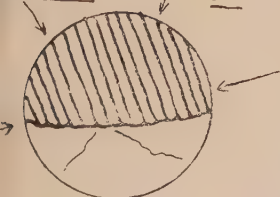


8^o Op.



Obs. XXII

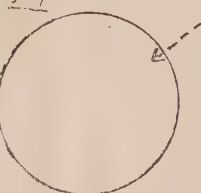
OG



4^o Op.



9^o Op.



Les régions ombrées correspondent au siège du Décollement.

—> ponction au bistouri

---> ponction au galvano cautère

O. D. Depuis deux mois et demi baisse rapide de la vision. Déformation et rapetissement des objets.

Examen à l'ophtalmoscope : fond d'œil flou, difficilement éclairable, tache blanche ressemblant à une papille avec un vaisseau inférieur et un supérieur ; en bas et en dehors tache pigmentaire hémorragique et déchirure rétinienne à clapet avec volet inférieur mobile, noir (pigment) auquel s'insère un chevelu grisâtre flottant dans le vitré, reliquat probable d'un caillot. Le fond de la déchirure est blanc. Au-dessous décollement inférieur. Injections sous-conjonctivales de NaCl.

27 décembre. — O. D. V = 1,5/10. Décollement inférieur manifeste.

7 janvier 1924. — Opération. 3 ponctions au bistouri (3 h. 1/2, 5 h., 7 h.). Injections de Cyanure.

5 février. — Excit. Décollement complètement guéri. On voit encore la déchirure rétinienne mais débarrassée de son chevelu flottant.

25 mars. — O. G. V = 4/10 avec + 0^D 5.

Le malade revu en 1928 reste complètement guéri.

OBSERVATION XXI

21 février 1924. — M. T..., 65 ans, Doulon.

O. D. Myopie — 20^D V = 1/20 Scl. ch. post. et choroïdite maculaire ancienne.

O. G. Myopie. — 20^D. Scl. ch. post. choroïdite maculaire soignée l'an dernier. Avait 1/30 en janvier dernier.

Le 16 février, à la suite d'une grippe, phosphènes, scotome nasal, puis perte complète de la vision.

Actuellement : décollement externe et inférieur. Rétine forme ampoule plissée, pas de déchirure visible.

22 février. — Opération. 4 ponctions au bistouri (II h., V h., VI h. 1/2, VIII h.). Cyanure.

26 février. — Recollement complet. Capitonnage.

8 mars. — Excit. Guérison V = 1/40 avec — 18^D.

OBSERVATION XXII

28 février 1924. — Mme L... Jeanne, 35 ans, St-Gildas-des-Bois.

O. D. 10^D V = 2/10 — Scléro-chor. post.

O. G. Compte les doigts à 25 centimètres.

O. G. Il y a 8 mois, baisse brusque de la vision.

Actuellement : vitré trouble.

13 mars. — Conservation de la partie inférieure externe du champ visuel. Vitré trouble, liquide avec gros corps flottants noirs. Décollement supérieur recouvrant la papille et la macula.

13 mars. — Opération. 4 ponctions au bistouri (I h., III h., VIII h., X h.). Cyanure.

Légère amélioration.

31 mars. — Même opération.

12 avril. — Toujours large décollement supérieur.

8 mai. — Troisième opération. 2 ponctions au galvano à X h. et VI h.

31 mai. — Exeat. Recollement complet. V = 1/10 avec — 7^D.

OBSERVATION XXIII

3 mai 1924. — M. S..., 53 ans, Saint-Joseph.

O. D. — 9^D V = 1/20.

O. G. — 9^D V = 6/10.

O. D. Vers Noël (quatre mois), en descendant un escalier, trouble brusque de la vision. Phosphènes. Depuis lors, persiste sans changement.

Décollement inférieur de la rétine, pas de déchirures apparentes.

6 mai. — Opération. 2 ponctions au bistouri (VII h. et V h.). Cyanure.

27 mai. — Amélioration. Champ visuel normal.

O. D. = 2/10 a — 7^d. Un petit soulèvement persiste en bas. 2 nouvelles ponctions au bistouri. Cyanure.

24 juin. — Exeat. Le décollement a disparu.

O. D. — 7^d V = 3/10.

OBSERVATION XXIV

1^{er} mars 1924. — M. B... Auguste, 44 ans, Siegen (Westphalie).

O. D. Décollement myopique datant de 19 ans. Glaucome secondaire iridectomisé. V = O.

O. G. Myopie — 4^D. V = perception lumineuse. Décollement de la rétine survenu le 18 mai 1923 (9 mois 1/2). Volumineuse ampoule supéro-externe dont le sommet de la courbe arrive à un diamètre papil-

laire de la papille. *Pas de déchirure.* A déjà vu près de 40 oculistes allemands qui l'ont déclaré incurable.

2 mars. — 3 ponctions au bistouri (I h — II h 1/2 — X h). Cyanure. 4 points d'électrolyse. 12 jours plus tard.

28 mars. — Recollement total. Une ponction est pratiquée par l'oculiste local. Rechute.

14 avril. — 2^e opération. La même, 4 points d'électrolyse, 3 ponctions au bistouri (à Versailles).

28 avril. — Hémorragie abondante du vitré. Décollement semble aggravé.

1^{er} juin. — Départ pour Siegen. Résultat nul.

15 octobre. — Le malade est revenu à la Clinique, malgré moi voulant faire une nouvelle tentative.

17 octobre. — 3^e opération. 1 ponction au galvano à XII h et deux ponctions au bistouri (11 h 1/2 et X h 1/2). *Pas de cyanure.*

22 octobre. — Amélioration, mais résultat incomplet. Ponction au bistouri à 1 h. *Injectons de cyanure.*

5 novembre. — 4^e retouche. 2 ponctions au galvano (X h et 11 h).

12 novembre. — 5^e retouche. 2 ponctions au bistouri (1 h et IV h). Injection de cyanure, 1/5000.

26 novembre. — 6^e retouche. Une ponction au galvano à 11 h.

12 décembre. — 7^e retouche. Une ponction au galvano à 4 h.

4 mars 1925. — 8^e retouche. Une ponction au galvano à IV h.

1^{er} avril. — 9^e retouche. Une ponction au galvano.

15 mai. — Le décollement semble complètement guéri. Le malade peut lire des caractères de deux millimètres. $V = 1,5/10$ avec — 3,5. Grande plaque blanche d'atrophie choroïdienne bordée d'une bande pigmentaire en haut.

16 mai. — Grippe violente. Congestion pulmonaire. Etat grave.

25 mai. — Infection grippale jupulée. Bon état visuel.

4 juin. — Phlegmatia alba dolens de tout le membre inférieur droit.

10 juin. — Phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Le malade est immobilisé dans une gouttière.

1^{er} septembre. — Malade guéri de ses deux phlébites. Etat oculaire parfait. Aucune trace de décollement. $V = 1,5/10$.

28 septembre. — *Exeat.* Torpeur rétinienne. Nombreuses plaques pigmentaires disséminées de la choroïde. $V \neq 1,5/10$.

OBSERVATION XXV

9 mai 1924. — M. M..., 25 ans, Nantes.

Emmétrope, cardio-rénal, prostatique.

O. D. V = perception lumineuse. Champ visuel conservé dans segment temporal.

O. G. — 0,5. V = 8/10.

Le 21 avril dernier, s'aperçut accidentellement qu'il ne voyait pas de l'O. D., bon jusque-là.

Actuellement : décollement ampullaire externe et inférieur, pas de déchirure, vitré légèrement trouble.

10 mai. — Opération, 3 ponctions au bistouri (V h, VII h, X h). Cyanure.

12 mai. — Rétention d'urine post-opératoire pour laquelle le malade est obligé de se lever.

7 juin. — Exeat. Guéri. Rétine recollée, présente quelques plaques pigmentaires dans l'ancienne partie décollée. Champ visuel normal avec zone moins nette correspondant à l'ancien décollement. V = 3/10 sans verres.

Le malade meurt en janvier 1930. A conservé sa vision jusqu'à cette époque. Vu tous les trois mois.

OBSERVATION XXVI

23 juin 1924. — Mme N..., 51 ans, Paris.

O. D. (45° — 3^{d}) — 8^{d} . V = 2/10. Choréïdite équatoriale en bas.

O. G. V 1/100. Décollement de la rétine survenu en novembre 1923 (7 mois): Vitré trouble. Décollement inférieur oblique de dehors en dedans (de III h à VIII h), soulèvement ampullaire avec plis, pas de déchirures.

23 juin. — Opération. 4 ponctions au bistouri (III h, IV h, V h, 1/2, VIII h). Cyanure.

30 juin. — Décollement complètement disparu. Champ visuel normal.

9 juillet. — Après 12 jours de recollement complet, petite zone floue en bas et en dehors au niveau d'une ponction où la rétine apparaît perforée.

2^e opération. 3 petites ponctions discrètes au cyanure (1/2 seringue).

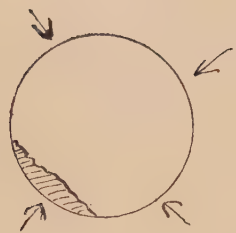
3 août. — Exeat. Guérison parfaite.

O. G. (70^{D} — 3^{D}) — 4 V = 1.5/10, lit sans verres.

Quelques points pigmentaires dans l'ancienne région décollée.

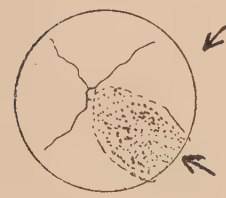
XXV

00



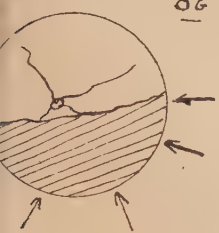
Obs. XXXII

06



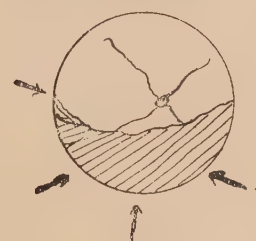
XXVI

06



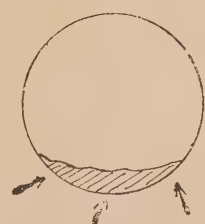
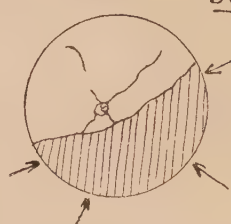
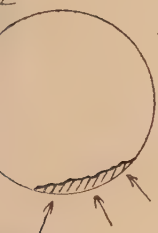
Obs. XXXIII

00



Obs. XXXI

06



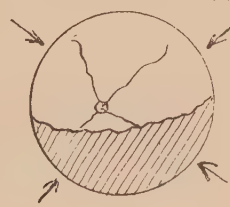
XXVII

00



Obs. XXX

06



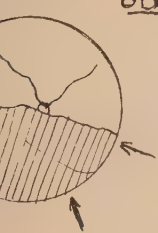
Obs. XXXIV

06



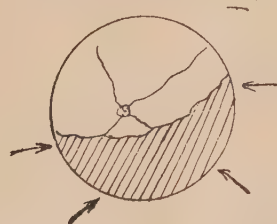
XXVIII

00



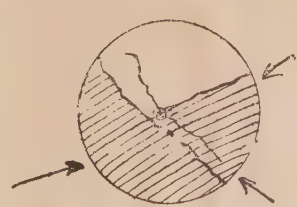
Obs. XXXI

06



Obs. XXXVIII

06



OBSERVATION XXVII

26 septembre 1924. — M. G... Pierre, 43 ans, Cholet.

O. D. $V = 1/10$ — 4^d.

O. G. $V = 10/10$ — 7^d.

O. D. Depuis 20 jours environ, apparition d'un scotome nasal, lentement progressif, mouches volantes.

A l'ophtalmoscope : Décollement inférieur et extérieur, rétine soulevée en ampoule transparente. En haut et en dehors, pas de décollement, bien net, mais la rétine est légèrement floue, *pas de déchirures*.

Dans toute l'étendue du décollement, à sa périphérie, vers le corps ciliaire, grande bande festonnée de choroïdite ancienne soulignant le bord du décollement.

2 octobre. — Opération. 3 ponctions au bistouri VI h 1/2, VIII h 1/2, X h. Cyanure.

10 octobre. — Recollement complet.

17 octobre. — Capitonage (pour consolider le recollement et raccourcir le séjour au lit).

30 octobre. — Exeat. Guéri. Champ visuel normal.

$V = 3/10$ avec — 4^D.

OBSERVATION XXVIII

29 septembre 1924. — Mlle N... Lucie, 35 ans, Paris.

O. D. — 10^D $V < 1/100$.

O. G. (0^D — 1^D5) — 16^D $V = 6/10$ difficilement.

O. D. Décollement inférieur de la rétine. Début en février (7 mois 1/2). Grosse ampoule flottante dont le bord supérieur déborde et recouvre la papille. Corps vitré transparent. La moitié supérieure du fond de l'œil est de couleur normale, sans déchirures et sans lésions.

O. G. Pas de scléro-choroïdite, mais en haut et en dehors grande bande de choroïdite équatoriale noire avec petites lignes blanches s'entrecoupant.

17 octobre. — Opération au bistouri (III h 1/2, V h, VII h, IX h). Cyanure.

29 novembre. — Exeat. Guérison parfaite. $V = 2/10$ — 12^D.

7 février 1925. — Revient avec un nouveau décollement, mais plus petit, inféro-externe. Trouble diffus et intense du vitré.

9 février. — Opération. 4 ponctions au bistouri entre les 4 muscles droits. Cyanure.

10 mars. — Persistance d'un très léger soulèvement à VII h. Ponction au galvano.

13 mars. — 2^e ponction au galvano.

8 avril. — 3^e ponction au galvano.

13 juin. — Exeat. Guérison. V = 2/10.

Juillet 1929. — La guérison se maintient.

OBSERVATION XXIX

2 octobre 1924. — M. D... Jules, 51 ans, Paris.

O. D. Myopie 8 à 9^D. V = perception lumineuse.

Scléro-choroïdite postérieure. Vaste plaque festonnée de choroïdite aréolaire. Amblyope depuis plus de 30 ans.

O. G. Myopie 8 à 9^D. V = ne compte pas les doigts. Perception lumineuse dans la partie inféro-externe du champ visuel.

Le 23 septembre, photopsies extrêmement violentes pendant 2 jours, puis scotomè du côté nasal et déformation des objets. Il y a 8 jours, perte brusque de la vision.

Actuellement : décollement large semi-ampullaire, inféro-externe (de 11 h. à VII 1/2) avec plis radiés. Pas de déchirures visibles. Malade gibbeux, atteint d'hémiplégie droite avec aphasie il y a 5 ans, mais très amélioré.

3 octobre. — Opération. 4 ponctions équatoriales (11 h., IV h. 1/2, VII h. 1/2. Cyanure.

5 octobre. — Lit les fins caractères du journal. Recollement complet.

17 octobre. — Capitonage (5 points d'électrolyse).

30 novembre. — Exeat. V = 3/10 avec — 4^D.

OBSERVATION XXX

6 octobre 1924. — M. L... Julien, 56 ans, La Baule.

O. D. Emmétrope. Compte les doigts à 20 centimètres.

O. G. 6^D25 V = 10/10.

Début il y a un mois, au milieu de la nuit, sans aucune secousse ni traumatisme les jours antérieurs, apparition dans l'œil d'un véritable feu d'artifice. 2 jours après, scotome dans toute la moitié inférieure du champ visuel, véritable barre transversale coupant horizontalement le champ visuel.

Actuellement : le scotome est devenu supérieur.

A l'ophtalmoscope : O. D. décollement inférieur et externe, sous forme d'une ampoule flottante, avec nombreux plis, pas de déchirures apparentes.

9 octobre. — Opération. 4 ponctions au bistouri II h., V h., VII h., X h. Cyanure.

13 octobre. — Rétine recollée dans toute son étendue. Avec — 4°, lit quelques lettres dans le journal.

8 novembre. — V = 2/10 difficilement. Suffusion sanguine légère dans toute la moitié inférieure de la rétine, correspondant à l'ancien décollement.

15 décembre. — Exeat. V = 2/10. Champ visuel normal.

24 avril 1926. — Malade revu. La guérison se maintient. V = 2/10.

OBSERVATION XXXI

28 octobre 1924. — M. C... Pierre, 68 ans, St-Jean-de-Monts. Emmétrope.

O. D. V. = O. Décollement de la rétine survenu il y a 8 ans. Synéchie postérieure totale. Légère hypertension. Décollement de toute la moitié inférieure. Vitré très trouble.

O. G. V = perception lumineuse. Au commencement de juin dernier (5 mois) apparition d'un scotome inférieur, puis, après quelques jours, perte brusque de la vision.

Actuellement, champ visuel réduit à une petite lunule inférieure. Décollement externe et inférieur à grands plis. Vitré légèrement trouble. Pas de déchirures.

31 octobre. — Opération. 4 ponctions au bistouri (3 h., 5 h., 7 h., 8 h. et demie). Cyanure.

10 novembre. — Recollement.

6 décembre. — Exeat. Champ visuel normal V = 1.5/10.

OBSERVATION XXXII

27 décembre 1924. — Mme B..., 61 ans, Ohjat (Corrèze).

O. D. V < 1/50 avec — 14^d à 16^D.

O. G. V = ne compte pas les doigts, large scotome central-myopie. 12^D environ.

O. D. Scléro-choroïdite postérieure et choroïdite maculaire ancienne.

O. G. Il y a 17 jours (10 décembre) perte brusque et rapide de la vision centrale ; la vision périphérique baisse aussi de jour en jour.

A l'ophtalmoscope : très léger soulèvement grisâtre de la rétine au niveau de la macula, s'étendant de la papille vers la région inféro-externe. Ondulation des vaisseaux. Trouble du vitré dans la région centrale. Pas de déchirures appréciables.

29 décembre. — Opération : 2 ponctions au bistouri 2 h. et 5 h. Cyanure.

10 janvier 1925. — Recollement complet.

8 février. — O. G. $10^D V = 2/10$. Champ visuel normal.

10 février. — Excit. Guérie.

OBSERVATION XXXIII

7 janvier 1925. — M. Co..., 70 ans, Hennebont. Emmétrope.

O. D. $V = 1/100$.

O. G. $V = 6/10$ avec $+ 1^D$.

O. D. Depuis quelques semaines, troubles de la vision, mouches, etc., puis brusquement il y a 8 jours baisse de la vision sans cause appréciable.

$V = 1/100$. Champ visuel réduit à un petit triangle inférieur. Ophtalmoscopie : décollement externe inférieur et interne, pas de déchirure (11 h. $1/2$, VI h., X h.), plis flottants.

9 janvier. — Opération : 4 ponctions au bistouri (IV h., VI h., VIII h., X h.). Cyanure.

20 janvier. — Recollement complet. $V = 2/10$.

31 janvier. — Après lever précoce, rechute, décollement en bas mais moitié moins étendu que le premier.

1^{er} février. — 2^e Opération. 3 ponctions au bistouri (VIII h. $1/2$, VI h., IV h. $1/2$). Cyanure.

13 février. — 4 points électrolyse.

15 février. — Excit. $V = 1/10$. Très léger soulèvement en bas.

OBSERVATION XXXIV

2 avril 1925. — M. L..., Antonin, 51 ans, Toulouse. Emmétrope.

O. D. perdu depuis 1907 à la suite d'une blessure par balle de revolver.

O. G. Emmétrope. Parfait jusqu'en mars 1924 ; à ce moment, ap-

parition de mouches, papillotement, baisse de la vision. Le 1^{er} mars dernier, baisse brusque de la vision ; impossibilité de lire.

V = 1/25. A l'ophtalmoscope, troubles diffus du vitré ; quelques hémorragies punctiformes ; grosse hémorragie rétinienne en bas. En haut (de X h. à I h.) décollement en ampoule, sombre, d'apparence hémorragique.

3 avril. — 2 ponctions au bistouri (XI h. et I h.). Cyanure.

20 juillet. — Exeat. Fond d'œil normal. Champ visuel normal. V = 6/10.

1^{er} janvier 1930. — La guérison se maintient aussi parfaite.

OBSERVATIONS XXXV ET XXXVI

29 avril 1925. — E..., 58 ans, Plougastel. Emmétrope.

Vision parfaite jusqu'en février dernier. Il y a 5 semaines, trouble brusque de la vision de l'œil gauche et, en quelques jours, baisse considérable de la vue.

Il y a 3 semaines, même trouble à l'œil droit (mouches, métamorphose, vision colorée). La vision des deux yeux a presque complètement disparu. Meilleure au réveil.

O. D. V = 1/50.

O. G. V < 1/100.

O. D. Décollement périphérique total, s'étendant jusqu'à 3 diamètres papillaires de la papille, petite poche en haut en dehors ; en bas et en dedans pseudo déchirure en arc, traversée par un vaisseau rétinien allongé = amincissement ?

En bas, vers équateur, large bande blanche et noire de choroïde équatoriale.

O. G. Décollement présente à peu près les mêmes caractères : total, périphérique, mais le centre est plus flou (trouble du vitré) et le liquide paraît plus abondant en bas. Déchirure en arc (sans vaisseaux) en haut et en dedans vers équateur. En bas à l'équateur, longue traînée de choroïdite ancienne.

29 avril. — O. D. Opération. 4 ponctions intercalaires au bistouri. Cyanure.

1^{er} mai. O. G. Opération. 4 ponctions au bistouri intercalaires. Cyanure.

15 juin. — Exeat. Guérison des deux yeux. Champ visuel normal.

O. D. V = 3/10. O. G. V = 4/10.

OBSERVATION XXXVII

4 mai 1925. — Mme G..., 53 ans, Arnac.

Malade très légèrement myope, santé excellente.

Le 14 septembre 1924, perte brusque de la vision O. D. par décollement, survenu sans cause appréciable. Soignée par collyre et pomma-
des pendant 3 mois. O. G. Le 13 avril 1925 (3 semaines) mouches colo-
rées très abondantes.

Vision perdue en trois jours.

O. D. V = perception lumineuse, vitré trouble, décollement périphé-
rique.

O. G. V = $1/100$. Décollement ampullaire supéro-externe et infé-
rieur ; large déchirure arrondie à bords un peu relevés, située presque
au sommet de l'ampoule.

5 mai. — Opération de l'œil gauche. 3 ponctions au bistouri (1 h.
et demie, 4 h., 9 h.). Cyanure.

16 juin. — Exeat. Recollement complet. Champ visuel normal.

O. G. V = $2,5/10$.

OBSERVATION XXXVIII

1^{er} octobre 1925. — Mme U..., 57 ans, Brest.

O. D. Myope de 6 à 7 h. Perte en quelques jours de la vision depuis le
1^{er} septembre dernier. Décollement ampullaire inférieur.

Grosse ampoule flottante dont le sommet correspond à la papille.

O. G. 7^D V = $1/30$. Cataracte nucléaire.

2 octobre. — Opération. 2 ponctions au bistouri (V h. et VII h.).
Cyanure.

15 octobre. — L'ampoule a disparu mais la rétine présente encore
des plis dans sa partie inférieure qui est affaissée.

4 novembre. — O. G. Extraction de cataracte avec iridectomie.

27 novembre. — O. G. Capsulotomie.

2 décembre. — O. G. V. = $3/10$ avec + 7^D .

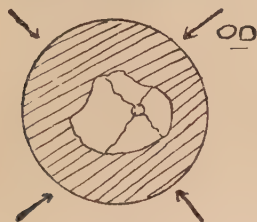
6 décembre. — O. G. Décollement rétinien supéro-externe,

18 décembre. — O. G. Opération. 2 ponctions au bistouri (1 h. et 3
h.). Cyanure.

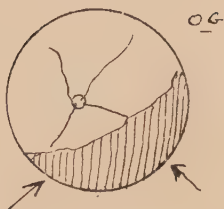
5 janvier 1926. — Rétine recollée.

Exeat le 10 janvier. N'a pas été revue.

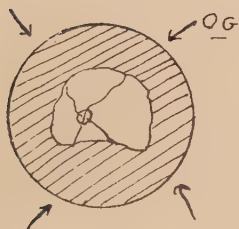
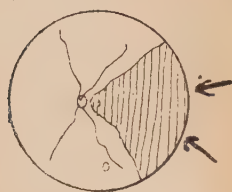
Obs. XXXV et XXXVI



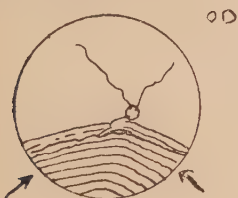
Obs. XL



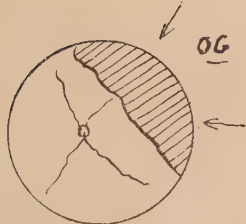
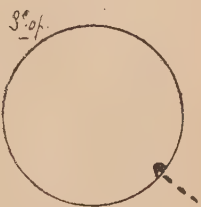
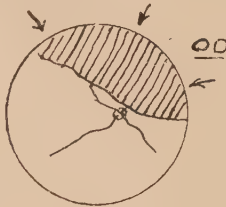
Obs. XLIV



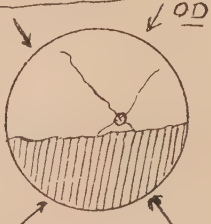
Obs. XXXVIII



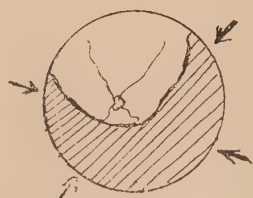
Obs. XLI



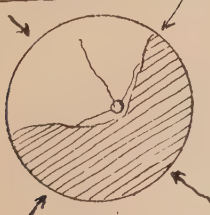
Obs. XLII



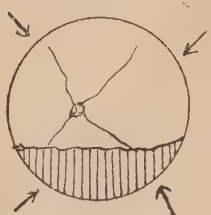
Obs. XLV



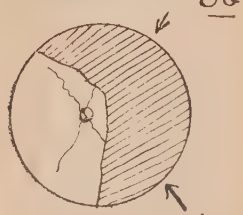
Obs. XXXIX



Obs. XLIII



Obs. XLVIII



OBSERVATION XXXIX

15 décembre 1925. — Mlle S... Hélène, 26 ans, Cerise (Orne).

O. G. Myopie de 26^D. Décollement brusque de la rétine en 1922.

Cataracte. Soignée pendant six semaines dans une clinique à Belfort sans résultat. V = très légère perception lumineuse.

O. D. Myopie. — 24^D. Il y a un mois, au cours d'une convalescence de grippe, sans toux, et dans son lit, diminution rapide de la vision avec scotome nasal. Un oculiste diagnostique un décollement supéro-externe.

Actuellement V = 1/100. Décollement subtotal surtout marqué à la partie interne de la papille. Soulèvement très léger sans beaucoup de liquide. Le fond de l'œil reste rouge mais vaisseaux contournés, pas de déchirure.

16 décembre. — Opération. 4 ponctions au bistouri (II h. IV h. 1/2, VII h. 1/2, X h.). Injection de 2 cent. de Cyanure 1/1.000.

22 décembre. — Recollement complet.

4 janvier 1926. — Persistance de la guérison.

25 janvier. — La malade est guérie. V = 3/10 avec — 24^D. Champ visuel normal, mais par crainte d'une rechute, elle ne veut pas se lever.

1929. — La malade, qui a repris ses fonctions d'institutrice, garde toujours une bonne vision.

OBSERVATION XL

21 janvier 1926. — Mme T..., 71 ans, Nantes.

O. D. Myopie 7^D V = 1/10. Cataracte nucléaire à évolution lente.

O. G. Myopie 7^D. Opérée de cataracte sénile en juin 1924. Capsulotomie le 12 octobre 1925 après laquelle V = 1/10.

Perte brusque de la vision il y a 8 jours.

A l'ophtalmoscope corps vitré trouble, décollement inférieur et légèrement externe, impossible de voir si déchirure.

12 février. Opération. 2 ponctions au bistouri. Cyanure (IV h. 1/2 et VII h.).

22 février. — Recollement partiel en bas mais le décollement s'est légèrement étendu en haut et en dehors.

24 février. — Opération : 1 ponction au galvano à 2 h. 1/2.

10 mars. — Recollement complet.

20 mars. — Exeat. V = 2/10 avec + 8^D.

La malade est revue tous les deux mois, le résultat se maintient intégralement.

OBSERVATION XLI

12 juin 1926. — M. J., 64 ans, Cholet.

O. D. Myopie — 4^D. Perception lumineuse dans la moitié supérieure du champ visuel.

O. G. — 4^D. V = 2/10. Sclérose cristallinienne diffuse.

O. D. Le 29 mai (14 jours) perte brusque de la vision.

Actuellement, décollement ampullaire supéro-externe de la rétine ; le bord inférieur du décollement descend à 1/2 diamètre papillaire au-dessus de la papille. Pas de déchirure.

12 juin. — Opération. 3 ponctions au bistouri (I h. 3 h. 9 h.) Injection de Cyanure.

17 juin. — Une nouvelle ponction est faite à 2 h. (persistance d'une partie du soulèvement en dehors).

28 juillet. — Excat. Recollement complet. V = 3/10 avec — 3^D. Champ visuel normal.

OBSERVATION XLII

3 mars 1927. — P... Marcel. 38 ans, chef de comptabilité, Paris (docteur Terson).

O. D. Myopie — 15^d. Perception lumineuse.

O. G. V. = 0. Décollement myopique en 1918. Cataracte siliqueuse. Irido-cyclite.

Le 2 février dernier, mouches volantes, troubles du vitré ; du 10 au 15 février, la vision, nette le matin, devient trouble l'après-midi. Vers 2/3 heures, elle semble se faire comme à travers de la gélatine et cet état devient peu à peu définitif.

Actuellement : décollement inférieur, plissé à peu près horizontal commençant à 1/2 diamètre papillaire au-dessous de la papille.

4 mars. — Opération. 4 ponctions au bistouri (I h. 1/2, IV h. 1/2, VII h. 1/2, X h. 1/2). Cyanure.

9 juin. — Excat. V = 6/10 avec 13^D.

En 1928, coup de poing violent sur l'œil. Aucune altération.

1^{er} avril 1930. Guérison maintenue, parfaite.

OBSERVATION XLIII

15 mars 1927. — Mlle Th... Marie, 44 ans, Saint-Juirre.

O. D. V = 0.

O. G. V = 1/40.

Opérée à 11 ans de cataracte congénitale bilatérale. Myopie très forte. Bonne vision sans verres après l'opération.

A 18 ans, forte typhoïde suivie de baisse progressive de la vision.

Juillet 1923. — Crise brusque d'irido-cyclite de l'œil droit. Perte complète de la vision.

Janvier 1927. — Perte brusque de la vision de l'œil gauche.

15 mars. — V. O. G. = 1/30. Troubles diffus et corps flottant du vitré rendant l'œil difficilement éclairable. Décollement inférieur.

17 mars. — Opération. 4 ponctions au bistouri, II h., IV h. 1/2, VII h. 1/2, X h.). Cyanure. Injection d'air dans le vitré.

14 mai. — Exeat. O. G. V = 1/15. Disparition complète du décollement. Le corps vitré est redevenu absolument transparent. Champ visuel normal. La malade prétend voir aussi bien qu'avant son décollement. Lit n° 10 des échelles de Lapersonne avec + 3.

OBSERVATION XLIV

26 novembre 1927. — Mme T..., 60 ans, Lorient.

O. D. 20^D. V = 1/20. Scléro-choroïdite postérieure et choroïdite maculaire.

O. G. 20^D. V < 1/50. Perte progressive de la vision depuis le 25 août (3 mois). Décollement externe et musculaire de la rétine, peu de liquide, pas de déchirure.

28 novembre. — Opération. 2 ponctions au bistouri (III h. et IV h. 1/2). Cyanure.

21 décembre. — La rétine semble recollée dans toute son étendue. Capitonage.

16 janvier 1928. — Après une guérison apparente, le décollement a, de nouveau, réapparu après le lever de la malade.

18 janvier. — 3^e opération. 2 ponctions (III h. et IV h. 1/2). Cyanure.

2 février. — Persistance d'un léger décollement en bas.

3 février. — 4^e retouche. Ponction au Galvano à V h.

23 février. — Exeat. Rétine recollée. V = 1/10 avec 8^D.

La malade a été revue à plusieurs reprises en 1929 et en 1930. La guérison se maintient.

OBSERVATION XLV

21 décembre 1927. — Mme Ch. Pierre, 28 ans, Combric (M.-et-L.).

O. D. V = 10/10. Emmétrope.

O. G. Perception lumineuse.

Malade a eu trois grossesses avec albumine. Décollement de la rétine depuis février (près de 10 mois). Soignée par le Dr Rousseau et opérée en mai.

Actuellement : décollement subtotal externe inférieur et interne quelques hémorragies rétinienne.

27 décembre. — Opération. 4 ponctions au bistouri (II h., IV h. 1/2, VII h. 1/2, X h.). Injection de cyanure.

15 janvier. — La rétine est recollée, montre de nombreuses hémorragies, champ visuel normal. V = 1/10 avec — 1^D. Papille floue, grande plaque blanche partant de la papille pour se diriger en bas et en dedans, reliquat d'une ancienne hémorragie.

15 avril 1930. — La malade est revue périodiquement depuis cette époque. Le résultat à l'O. G. se maintient, mais, depuis plusieurs mois l'O. D. est atteint d'hémorragies rétinienne à rechute.

OBSERVATION XLVI

19 janvier 1928. — M. l'abbé P..., 59 ans, curé d'Ermont (S.-et-O.).

O. D. V. = O. Ancien décollement myopique.

Dégénérescence pigmentaire de la rétine qui est recollée.

O. G. V. = Perception lumineuse. Perte brusque de la vision le 18 septembre dernier (4 mois). Opacités diffuses du cristallin. Décollement occupant la moitié inférieure de la rétine. Plis mobiles. Pas de déchirure.

24 janvier. — Ponction au galvano à V h.

15 février. — Recollement complet.

1^{er} avril. — Guérison semble parfaite. Le malade se lève.

3 avril. — Rechute. Décollement supéro-externe.

7 avril. — Ponction au bistouri à 1 h. Cyanure.

12 avril. — Recollement.

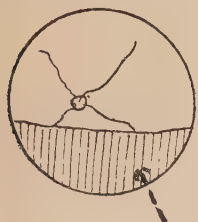
26 avril. — Exeat. Guérison complète. V = 4/10 (a repris ses fonctions).

Décembre 1929. — Résultat maintenu (lettre).

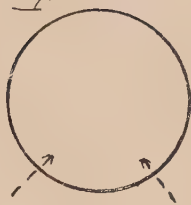
PLANCHE IV

Obs XLVI

OG

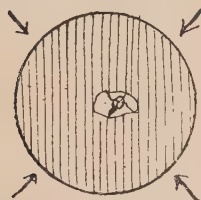


2^o of.



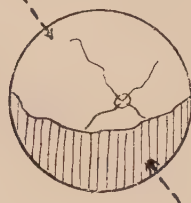
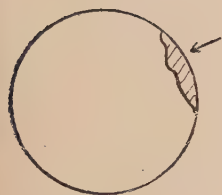
Obs LIV

OD



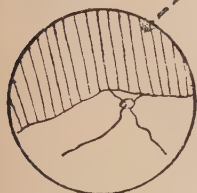
Obs LI

OD



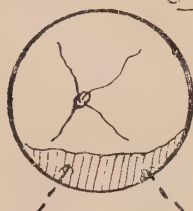
Obs XLVII

OD



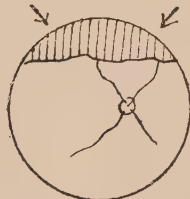
Obs LI

OG



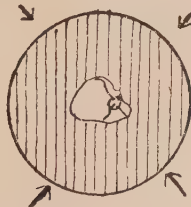
Obs LV

OD



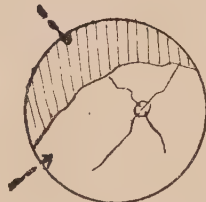
Obs LII - LIII

OD



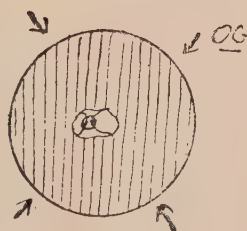
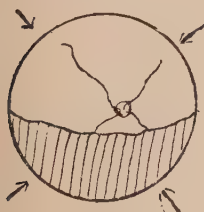
Obs LV'

OD



XLIX

OD



OBSERVATION XLVII

23 février 1928. — M. G... Mathurin, 63 ans, Etel.

O. D. V < 1/100. Légère perception dans la portion temporale du champ visuel.

Le 9 février dernier, perte brusque de la vision de l'O. D. en ouvrant une porte. Œil sain jusque-là et hypermétrope de 1^D75 comme l'O. G. Pas de déchirure. Grande ampoule supérieure (allant de VIII h. à III h.).

28 février. — Ponction au galvano à 1 h. Pendant les jours consécutifs le malade, prostatique, pris de rétention d'urine immédiatement après l'opération, a dû se lever. Résultat nul.

7 avril. — 2 ponctions au bistouri à II h. et VIII h. Cyanure.

20 avril. — Exeat. Résultat parfait. V = 5/10 + 1^D.

OBSERVATION XLVIII

27 février 1928. — Mme Le D... 46 ans, à Plouer (C.-du-N.).

O. D. Ancien décollement myopique survenu brusquement il y a 10 ans.

Actuellement : cataracte. V = 0.

O. G. Myope. Perte de la vision il y a 8 jours, mais depuis 15 jours, troubles divers : corps flottants, photopsies, déformation des objets.

Actuellement : V = perception lumineuse. Décollement ampullaire subtotal de X h. à VI h., supérieur, externe et inférieur, pas de déchirure.

28 février. — Deux ponctions au bistouri. II h, V h. Cyanure.

10 mars. — Disparition du décollement. Champ visuel normal.

27 mai. — Exeat. V = 2/10 avec — 16^D.

15 décembre 1929. — V = 3/10. Résultat parfait.

OBSERVATION XLIX

7 août 1928. — Mme G... Eugénie, 34 ans (Hautes Landes).

O. D. Myopie. 14^D. V = 1/100.

O. G. Myopie. 14^D. V = 2/10.

O. D. Baisse brusque de la vision il y a 3 semaines.

Actuellement : décollement de toute la moitié inférieure de la rétine.

17 avril. — 4 ponctions au bistouri (I h., V h., VII h., Xh.). Cyanure.

28 avril. — Amélioration considérable, mais persistance d'un léger soulèvement en bas. Deux ponctions au galvano à IV h. et VII h.

18 mai. — Exeat. V = 1/10 avec — 12^D. Résultat parfait.

OBSERVATION L

4 octobre 1928. — Mme B..., 51 ans, Le Brano-Missillac.

O. D. V = Perception lumineuse. Perte brusque de la vision en juillet dernier. Décollement subtotal inférieur. Pas de déchirures.

O. G. — 6^D. V = 4/10. Choroïdite équatoriale en bas.

6 décembre. — Deux ponctions au galvano à V h. et X h.

3 février. — Exeat. Disparition complète du décollement. O. D. V = 2/10 avec — 8^D.

5 avril 1930. — O. D. V = 3/10 avec — 8^D.

OBSERVATION LI

6 décembre 1928. — M. D..., 69 ans, Port-Louis.

O. D. Opéré de cataracte à Paris en juin 1929.

Opéré de membranule le mois suivant.

Septembre 1929. — Baisse de la vision.

Décembre 1929. — Décollement inférieur de la rétine.

V = 1/40 (Myopie antérieure = 4^D à 5^D).

O. G. Myopie. 2^D5. Cataracte.

7 décembre. — Extraction de cataracte avec iridectomie. Pas d'issue de vitré.

26 décembre. — O. G. Décollement inférieur. Deux ponctions au galvano. Recollement.

6 mars. — Irido-cyclite hypertensive. *Sclérotomies* + inj. de cyanure.

16 août. — Guérison. O. G. V = 1/10 avec (75° — 2°,5) + 10°.

OBSERVATION LII ET LIII

8 mai 1928 (H. D.). — V... Joseph, 64 ans, rue de la Jonellière.

O. D. Cataracte mûre. Légère myopie antérieure.

O. G. Cataracte mûre.

15 mai. — O. D. Extraction de cataracte. Issue de vitré dès l'incision cornéenne. Luxation du cristallin, extrait quelques jours après (D^r Le-grand).

25 juin. — Décollement brusque de la rétine qui devient complet en quelques jours et semble complètement inopérable.

18 août. — O. G. Extraction de la cataracte. Suites normales (D^r Le-grand).

22 septembre. — O. G. Décollement subtotal de la rétine qui flotte dans le vitré. Le malade est complètement aveugle.

1^{er} octobre. — Opération des deux yeux (de désespoir !)

4 ponctions équatoriales à chaque œil au bistouri. Injection de cyanure.

25 novembre. — Exeat.

19 mars 1929. — Disparition complète des décollements. Champs visuels normaux.

O. D. V = 6/10 avec O. D. + 1^D + 7^D.

O. G. V = 5/10 avec O^D + 1^D + 8^D.

OBSERVATION LIV

25 décembre 1928. — M. F..., 69 ans, Paris.

O. D. Emmétrope. Baisse brusque de la vision il y a 6 semaines. Décollement total, peu de soulèvement, nombreux plis, pas de déchirure. V = perception lumineuse.

O. G. Glaucome absolu.

26 décembre. — Deux ponctions au galvano à XI h. et V h.

23 janvier 1929. — Ponction au galvano à V h.

3 février 1929. — Exeat. O. D. V = 1,5/10.

OBSERVATION LV

15 janvier 1929. — Mlle F..., 68 ans, Noyen-sur-Sarthe (Sarthe).

O. D. Myopie forte. Cataracte mûre. Bonne perception.

O. G. Myopie forte. Cataracte au début. Perte brusque de la vision en juillet 1928. Décollement inférieur de la rétine à plis.

23 janvier. — O. D. Extraction de cataracte. Pas d'issue de vitré.

4 février. — Après quelques jours de bonne vision, perte brusque de la vision. Décollement supérieur.

6 février. — Deux ponctions au bistouri 10 h. 1/2 et 1 h. 1/2. Cyanure.

18 février. — O. D. Iritis légère.

22 février. — O. D. Irido-capsulotomie.

15 mars. — Exeat. V = 1/10 avec + 3^D. Recollement complet.

OBSERVATION LVI

11 mars 1929. — Mlle R... Joséphine, 51 ans, Angers.

O. D. — 23^D V = 1/40. Scléro-choroïdite postérieure annulaire. Choroïdite maculaire ancienne, opacités multiples du cristallin, centrales et périphériques.

O. G. — 14^D V = 1/20. Scléro-choroïdite postérieure. Quelques altérations paramaculaires, baisse de la vision depuis plusieurs mois. Traitement : pilules de sublimé, injections sous-conjonctivales de Na Cl.

5 octobre. — O. D. V = 1/15. O. D. V = 1,5/10.

9 novembre. — O. D. Perte brusque de la vision le 31 octobre.

Actuellement : œil difficilement éclairable, trouble extérieur prononcé du vitré. Décollement supéro-externe peu saillant, mais plissé, tout cela d'ailleurs peu net, impossible de voir s'il existe une déchirure.

13 novembre. — Opération. Deux ponctions au galvano à X h. 1 2 et VII h. 1/2.

25 novembre. — Recollement complet. Vitré éclairci.

10 décembre. — Légère rechute, couleur rétinienne de la partie supéro-externe sensiblement modifiée, plus flou, mais pas de soulèvement.

12 décembre. — 2^e opération. 3 ponctions au bistouri (1 h., VII h. 1/2, X h. 1/2).

29 décembre. — Exeat. O. D. V = 1/15. Champ visuel normal.

OBSERVATION LVII

7 mai 1929. — L... Pierre, 38 ans, Cholet.

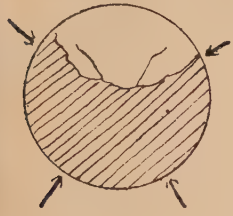
O. D. Ancienne cataracte traumatique et chorio-rétinite traumatique par suite d'explosion de grenade. V = 0.

O. G. V = 1,5 10. Emmétrope. Baisse brusque de la vision le 20 janvier dernier à la suite d'une exposition prolongée à la neige. Apparition d'un scotome en haut et à gauche.

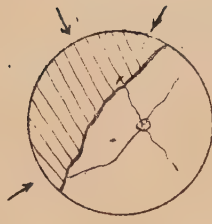
PLANCHE V

Obs LVI

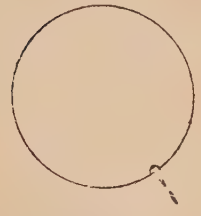
OG



OG

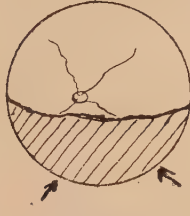


3° of.



Obs LXII

OG



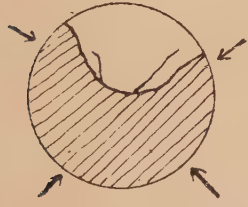
Obs LXV

OD



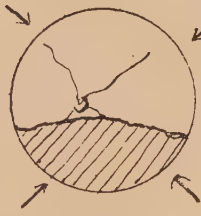
Obs LXVIII

OG



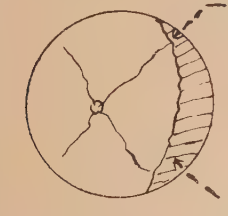
Obs LXIII

OG



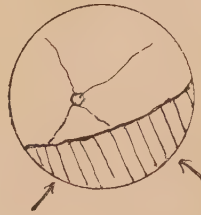
Obs LIX

OG



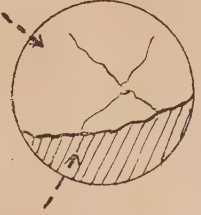
Obs LXIV

OG



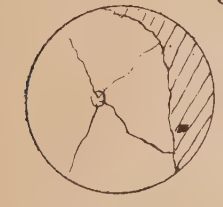
Obs LXVII

OD

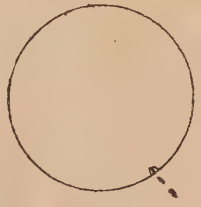


Obs LX et LXI

OG

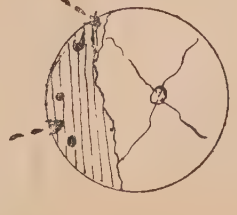


3° of.



Obs LXXI

OD



Actuellement : décollement inférieur de la rétine, pas de déchirure.

23 mai. — Le décollement s'est agrandi, $V = 1/10$. Décollement subtotal.

25 mai. — 4 ponctions au bistouri. II h., V h., VII h., X h. Cyanure.

30 mai. — Champ visuel complet.

20 juin. — Rechute. Décollement inférieur.

27 juin. — Deux ponctions au bistouri à V h et VII h. Cyanure.

20 juillet. — Part guéri. $V = 2/10$.

OBSERVATION LVIII

30 mai 1929. — Mme M..., 60 ans. Nort-sur-Erdre.

O. D. et O. G. Ancienne myopie de -7^D .

Anciennes irido-choroïdites iridectomisées.

Synéchies post. totales. Cataractes.

O. D. Opéré de cataracte en 1924, vitré très trouble et liquide. Catar. second. Mauvaise perception lumineuse.

O. G. Opéré de cataracte en 1925, capsulotomie, perte brusque de la vision le 2 avril dernier.

Actuellement : vitré trouble, décollement subtotal, seule une partie supérieure de la rétine semble attachée. Le trouble du vitré empêche de voir s'il y a déchirure.

1^{er} juin. — Opération. 4 ponctions au bistouri (II h., IV h., VII h., X h.). Cyanure.

15 juillet. — La rétine est entièrement recollée. Le champ visuel est normal, mais le vitré est toujours trouble (dû à l'ancienne irido-choroïdite). Injections sous-conjonctivales de Na Cl pour éclaircir.

28 juillet. — Exeat.

21 octobre. — Résultat parfait. $V = 2/10$ avec $+8^D$.

15 mars 1930. — Le résultat se maintient.

OBSERVATION LIX

11 juin 1929. — M. D... Paul, 38 ans, avoué, Nevers.

O. D. $5^D V = 10/10$.

O. G. $5^D V = 1/50$. —

O. G. — Décollement survenu brusquement le 8 mars, occupe actuellement toute la moitié externe de la rétine ; supéro-temporo-infé-

rieur. Aspect de petites rides parallèles et verticales, pas de soulèvement, champ visuel hémianopsique, trouble du vitré.

Aucun traitement, le cas paraissant mauvais (ancienneté 3 mois, trouble du vitré, nervosisme du malade).

19 septembre 1929. — Le malade revient et veut être opéré. Amélioration du décollement, vitré moins trouble. $V = 1/40$. Décollement moins étendu, externe, léger soulèvement, pas de déchirure.

20 septembre. — Opération. 2 ponctions au galvano (1 h. et V h.).

14 novembre. — Exeat. O. G. $V = 3/10$ avec — 4. Légère encoche du champ visuel en bas.

14 janvier 1930. — $V = 3/10$ avec — 4. Très léger œdème en bas, mais pas de décollement visible.

OBSERVATION LX ET LXI

15 juin 1929. — Mme R... Gédéon, 31 ans, La Roche-sur-Yon.

O. D. — $10^D V = 1/50$.

O. G. — $8^D V = 1/20$.

O. D. Décollement occupant presque toute la périphérie de l'œil, soulèvement léger, peu de liquide.

O. G. Décollement en haut et en dehors de XI h. à V h. $1/2$. Soulèvement léger, peu de liquide, pas de déchirure.

En janvier 1929, en marchant, apparition brusque de troubles visuels, déformation des objets qui semblaient danser. Consulte le Dr Lafon qui prescrit des verres avec lesquels la malade voit bien.

Vers le 15 février, baisse brusque de la vision de l'œil gauche. Consulte le Dr Grolleau en avril. Décollement de la rétine.

28 mars. — Consulte à l'Hôtel-Dieu. O. D. — $12^D V = 9/10$. O. G. ?

Soulèvement rétinien en haut et en dehors, pas de traitement (en vacances !)

26 mai. — Perte brusque, en marchant, de la vision de l'œil droit. Me consulte le 15 juin.

18 juin. — 3 ponctions au bistouri I h., XI h., VII h. Cyanure.

17 août. — Exeat. Guérie des deux yeux (Injections de cyanure à 6).

9 décembre. — O. D. $V = 2,5/10$ avec — 10. O. G. $V = 1,5/10$ avec — 6.

Mars 1930. — O. D. $V = 5/10$ — 10^D .

OBSERVATION LXII

20 juin 1929. — Mlle D... Al..., 59 ans, 70, rue de Rennes, Nantes. Emmétrope.

O. D. Opéré de cataracte en 1923.

En novembre 1928, perte brusque de la vision O. D. par décollement, négligé. Actuellement : vision = très légère, perception lumineuse. Vitré inéclairable. Décollement subtotal.

O. G. 18 février 1929. — Perte brusque de la vision. Soignée aux Quinze-Vingt par le Dr Nida : ponctions sclérales sans injection.

Actuellement : perception lumineuse, opacités cristalliniennes en étoile, trouble du vitré, décollement à petits plis mobiles occupant la moitié inférieure de la rétine.

O. G. 24 juin. — Deux ponctions au bistouri (V h. et VII h.).

1^{er} août. — Exeat. Recollement complet, mais trouble persistant du vitré et opacités cristalliniennes réduisant fatalement la vision. Malade peut se conduire.

OBSERVATION LXIII

13 juillet 1929. — Mlle B..., Marie, 39 ans, Le Havre.

O. D. Myopie de 20^D. Opération de Vacher-Fukala en 1907. Cataracte secondaire. V = 2

O. G. — 13^D ? Il y a 5 jours, étourdissements, apparition brusque d'un brouillard épais, perte de la vision.

Actuellement : décollement formant une voussure de la moitié inférieure de la rétine, déchirure à la partie inféro-interne. V = 2

28^e juillet. — 4 ponctions équatoriales au bistouri (Dr Legrand). Injection de cyanure.

19 septembre. — Exeat. O. G. Champ visuel normal, le décollement a disparu. V = 1/10 avec — 14^D, lit sans verres les plus petits caractères.

12 octobre. — Nouvelle amélioration. V = 2/10.

OBSERVATION LXIV

29 août 1929. — Mme M..., 33 ans, St-Nazaire.

O. D. Ancien décollement. Guéri. Ancienne opération de Vacher-Fukala (Myopie de — 20^D) V = 2/10 (Cf. Obs. n° 2).

O. G. Myopie. 22^D. Baisse de la vision depuis 5 à 6 mois. Décollement inféro-externe avec plis flottants.

5 septembre. — Opération. 2 ponctions au bistouri à V h. et VII h. Cyanure.

23 septembre. — Amélioration, mais persistance d'un léger flou à la partie inférieure.

8 octobre. — 2^e opération. Une ponction au galvano à V h.

31 octobre. — Exeat. Recollement complet. V = 1/10 avec — 20^D. Champ visuel normal.

1^{er} avril 1930. — O. G. V = 1/20. Très léger flou en bas.

2 avril. — Ponction au galvano (à V h. 1/2).

14 avril. — La malade se lève, tout décollement a disparu.

17 avril. — O. D. + 3^D. V = 2/10. — O. G. (0^D — 3^D) — 14. V = 1,5/10 (comme avant le décollement).

Exeat.

OBSERVATION LXV

24 septembre 1929. — Mme B... Isidore, 59 ans, 1, rue de Strasbourg, Laval.

O. D. — 5 à 6^D. V = 1/50.

O. G. — 6^D. V = 3/10 (Choréïdite équatoriale).

O. D. Décollement survenu le 15 août dernier. Le 1^{er} août, renversée par une auto contusion violente de la moitié droite du corps. 2-3 jours avant le décollement, la malade dit avoir éprouvé la sensation de grosses pointes dans l'œil le matin au réveil.

Actuellement : décollement formant des plis verticaux occupant la région nasale inférieure et médiane (inféro-interne), pas de déchirure. Opacités cristalliniennes centrales et périphériques.

26 septembre. — Deux ponctions au galvano à V h. et VII h.

5 octobre. — Recollement général. Champ visuel normal.

25 octobre. — Très léger soulèvement en bas.

31 octobre. — Ponction au bistouri à 6 h. Injections de cyanure.

26 décembre. — Exeat. Guérison complète. Champ visuel normal.

V = 3/10 avec — 6. Opacités cristalliniennes anciennes.

OBSERVATION LXVI

30 septembre 1929. — M. G..., 41 ans, vitrier.

O. D. — 20^D V ? Pas de vision centrale, scléro-choréïdite posté-

rieure annulaire, grande plaque de choréïdite maculaire atrophique. N'a jamais vu de cet œil.

O. G. — 11 à 12^D. Le 13 juillet dernier (6 semaines), perte brusque de la vision après quelques jours de mouches, chenilles, photopsies, barre transversale du champ visuel. Alors : scotome nasal.

V < 1/100. Décollement de la rétine inférieur et temporal ; vitré assez clair, pas de déchirure visible. Rétine soulevée modérément avec plis mobiles.

2 octobre. — Opération : 1 ponction au galvano à V h.

10 octobre. — Recollement de la partie supérieure ; quelques plis inférieurs persistent.

31 octobre. — 2^e opération : 2 ponctions de galvano à V h. et VII h.

10 décembre. — Exeat. V = 2/10 avec 10^D. Champ visuel normal.

12 février 1930. — Rechute. Le décollement externe et inférieur est presque aussi étendu que la première fois, mais le soulèvement est à peine marqué, pas de déchirure.

14 février. — 3^e opération. Ponction au theuno à 11 h. (théorique).

7 mars. — Exeat. Recollement complet. V = 2/10. Champ visuel normal. Malade déclare voir comme avant.

5 avril. — Guérison persiste.

OBSERVATION LXVII

17 octobre 1929. — Mme B..., 32 ans, chemin de la Lande, Angers.

O. D. Perception lumineuse dans le secteur inféro-externe.

O. G. (60° — 2°, 5) — 9^D. V = 3/10 difficilement. Scléro-choréïdite postérieure.

O. D. Le 15 août dernier (2 mois), perte brusque de la vision sans cause appréciable (cet œil était plus myope et voyait moins que le gauche).

Actuellement : décollement très étendu de la rétine siégeant en haut, en dehors et en bas, passant par la macula. Plis transversaux et obliques. La malade ne se décide pas à l'intervention.

25 novembre. — Le décollement est devenu inférieur avec plis transversaux mobiles. En haut et en dehors, taches pigmentaires, pas de déchirure.

30 novembre. — 2 ponctions au galvano (V h. et X h.).

13 janvier 1930. — Exeat. Guérison parfaite. Champ visuel normal. V = 1/10 avec — 10^D (d'après la malade voit aussi bien qu'avant l'accident).

13 février. — O. G. V = 1,5/10.

OBSERVATIONS LXVIII et LXIX

M. G... Albert, 46 ans, voyageur de commerce, Angers.

O. D. et O. G. : hyp. + rid.

1^{er} novembre 1929 : amygdalite infectieuse, phlegmon spontané-
ment ouvert le 9 novembre.

12 novembre. — Albumine 0 gr. 50 à 0 gr. 60, rapidement disparue.
Urée sanguine = 0,37 par litre.

30 novembre. — Après deux ou trois jours de petits troubles, O. D.
perte brusque de la vision de cet œil.

5 décembre : O. D. V = 0. Œil rouge, hypertendu (40 mmhg au
Bailliar), très douloureux. Œil de chat amaurotique, pupille dila-
tée. On pense tout d'abord à hyalite suppurée, mais l'examen permet
de constater que la rétine est collée contre le cristallin. On distingue
les vaisseaux rétinien de coloration jaunâtre. Le malade demande
l'énucléation. Instillations d'ésérine.

O. G. V = 3/10 + 11D.

14 décembre. — O. D. tension très diminuée, mais toujours aspect
d'œil de chat.

O. G. présente une injection violacée diffuse de la sclérotique. On
pense à une sclérite.

L'O. D. paraissant absolument perdu (V = 0), on abandonne toute
idée d'intervention.

18 décembre. — Le malade lisait son journal à midi, en se rendant
à table. En s'asseyant, perte brusque de V. O. G. Vient consulter à 4
heures du soir.

O. G. On constate un décollement total ; la rétine forme deux grands
replis inférieur et supérieur, se rejoignant au niveau de la papille qui
est couverte. Soulèvement très marqué. Seule une petite zone triangu-
laire horizontale de rétine saine persiste en dehors. Aucune trace de
déchirure. Rétine gris jaunâtre, trouble diffus du vitré très gênant
pour l'examen.

19 décembre. — Opération sur les deux yeux : 4 ponctions au bis-
touri (sur chaque œil) entre les 4 muscles droits à 15 mm. du limbe,
injections de cyanure.

28 décembre. — O. D. amélioration considérable. O. G. aucun résul-
tat.

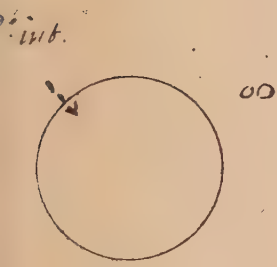
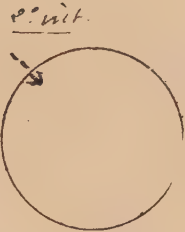
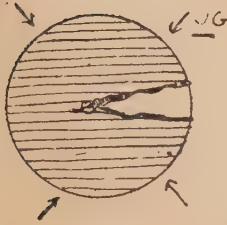
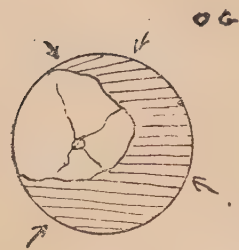
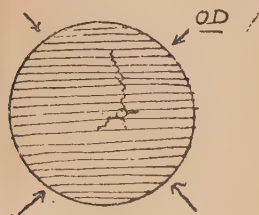
3 janvier 1930. — 2^e intervention.

O. D. ponction au galvano à 11 heures.

O. G. 4 ponctions au bistouri entre les quatre muscles droits. Injec-
tion de cyanure.

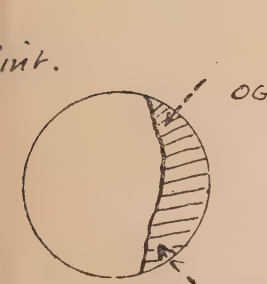
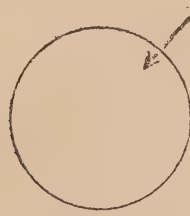
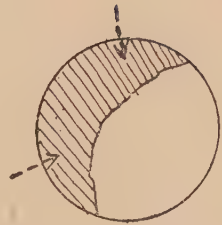
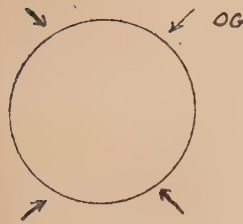
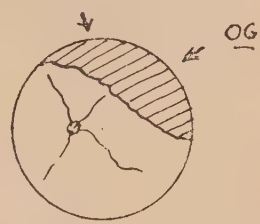
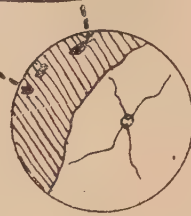
Obs. LXVIII et LXIX

Obs. LXX



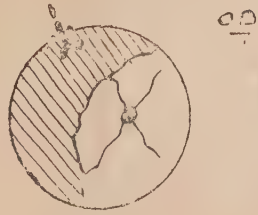
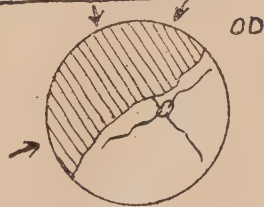
Obs. LXXII

Obs. LXXIV



Obs. LXXXIII

Obs. LXXXV



15 janvier. — Crise violente d'urémie obligeant à un goutte à goutte rectal de sérum lactosé.

31 janvier. — O. D. guéri.

O. G. décollement diminué, mais le soulèvement persiste en dehors. 3^e intervention : 2 ponctions au galvano à 2 h. et 5 h. Le malade est mis à un régime sévère.

15 mars. — Exeat.

O. D. rétine complètement recollée, mais chorio-rétinite extrêmement intense. V = 1/10 avec + 11^d (injection sous-conjonctivale de cyanure).

O. G. rétine complètement recollée chorio-rétinite extrêmement marquée. V = 1/50 avec + 11^d. Urée sanguine 0 gr. 41. On fait une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le malade se plaint d'une vibration lumineuse très gênante dans les deux yeux.

23 mai. — O. D. v. = 3/10 avec + 11^d.

O. G. v. = 1/15 avec + 11^d.

Reprend ses voyages en auto. La rétine est complètement recollée des deux côtés. Le malade paraît en excellent état.

Le 9-VI-30 : V. O. D. = 3/10 avec + 11^D.

V. O. G. = 2/10 avec + 11^D.

Le malade a repris ses voyages, conduisant lui-même son automobile.

OBSERVATION LXX

Mlle Ba..., 33 ans, Vierzon.

6 février 1930 :

O. D. = 4^d. V = 1/15.

O. G. (90° + 0,75). V = 7/10 (ancienne amblyopie).

O. D. Le 12 août 1929 le soir, en lisant, troubles brusques de la vision : mouches, scotome nasal *intermittent*. En octobre, consulte à Bourg = décollement de la rétine. 6 injections sous-conjonctivales sans résultat.

Le 6 février O. D. décollement maculaire. Volumineuse soufflure commençant immédiatement en dehors de la papille. Petite déchirure ronde vers 10 heures *indépendante* et reposant sur une rétine d'apparence recollée.

O. G. choroïdite équatoriale.

10 février 1930. — Opération : ponctions au galvano à 10 heures à 15 mm. du limbe en arrière de la déchirure (volontairement).

- 14 mars. — Exeat guéri. $V = 4/10$.
7 avril. — Un très léger soulèvement au-dessous de la ponction, 2° ponction au galvano en arrière de la première.
16 avril. — Exeat guéri. $V = 4/10$ recollement complet.
14 mai. — Maintien de la guérison.
-

OBSERVATION LXXI

Mme de Laf..., Paris.

18 avril 1930. — O. D. ($0^\circ - 3^\circ$) $v = 2/10$.

O. G. ($0^\circ - 3^\circ$) — $3^\circ 5' v = 4/10$ (choroïdite équatoriale).

O. D. décollement occupant toute la moitié temporale de la rétine. Soulèvement peu marqué mais aspect flou avec vaisseaux tirebouchonnés. Scotome nasal et métamorphosies. 3 déchirures l'une en fer à cheval vers 11 heures, une autre à 9 heures $1/4$ et une troisième à 8 heures.

18 avril. — Opération : Une grosse ponction au galvano à 11 heures à 16 mm. du limbe en arrière de la déchirure, une petite à 8 heures $1/2$ entre les 2 déchirures inférieures à 16 mm.

1^{er} mai. — Urée sanguine 0 gr. 65 par litre.

23 mai. — Exeat recollement complet, léger trouble diffus du vitré avec un ou deux corps flottants. $V = 4/10$.

Le 12 juin. — La guérison se maintient.

OBSERVATION LXXII

M. Co..., 38 ans, Cholet.

24 avril 1930. — Vient consulter pour trouble de la vision œil droit apparu il y a 36 heures sous forme d'un rideau noir dont la limite supérieure est montée en quelques heures jusqu'à la partie haute supérieure du champ visuel. 6 heures après le début environ s'est surajouté un trouble diffus. Était revenu d'un voyage en chemin de fer de plusieurs jours, le 17 avril. Le 18 au soir, apparition de chenilles lumineuses à la partie inférieure du champ visuel sous forme de fils concaves en haut. Depuis le 1^{er} septembre 1929, deux points noirs mobiles dans le champ visuel et une tache très étendue vacillant presque constamment. Depuis le début d'avril un point noir au centre du champ visuel disparaissant par instants.

O. D. myopie — 16° (P) stationnaire. Lisait facilement les petits

caractères ($v = 2/10$?) Actuellement $v = 1/80$ champ visuel correspondant. Décollement semi-ampullaire supéro-externe étendu de 7 heures $1/2$ à 1 heure $1/4$ descendant jusqu'à la papille recouvrant la macula. Une première déchirure large de 2 à 3 D. P. sur le méridien de 11 heures à 4 ou 5 D. P. de l'ora. 2 petits placards de choroïdite équatoriale à 10 heures et à 9 heures. Vers 10 heures une deuxième petite déchirure avec 2 bords vlvulaires pigmentés.

O. G. décollement ancien datant de 21 ans (soigné par le P^r Lagrange ; pas de traitement chirurgical). Actuellement séclusion post-iridique, cataracte hypertension. $V = 0$ (pas de perception lumineuse).

25 avril 1930. — Opération 1^{re} ponction au fin galvano à 9 heures $1/2$ à 16 mm. du limbe, 2^e ponction au gros galvano à 11 h. $1/4$ à 17 mm. du limbe.

26 avril. — Le malade est pris de colique néphrétique avec vomissements et anurie. Très agité ne veut pas rester au lit, se lève.

1^{er} mai. — Le malade a été gravement indisposé pendant plusieurs jours, mais il va mieux. Par contre, O. D. présente un décollement de 7 h. à 2 h. Soulèvement moins marqué, mais plus étendu.

7 mai. — 2^e intervention, 1^{re} ponction au gros galvano à 11 h. 45 16 ou 17 mm. du limbe, 2^e ponction au fin galvano à 8 h. $1/2$.

28 mai. — La guérison est complète, la rétine est recollée dans toute son étendue. Le vitré est très transparent avec seulement 2 tous petits corps flottants noirs mobiles. Choroïdite maculaire blanche ancienne.

Champ visuel normal $v = 2/10$ avec — 14^d .

Le malade se lève.

Le 9 juin. — Guérison se maintient. Exeat.

OBSERVATION LXXIII (1)

20 décembre 1926. — Mme G..., 45 ans, Catenoy (Oise).

O. D. Myopie 7^D $V =$ perception lumineuse.

O. G. Myopie — 8^D $V = 4/10$.

O. D. Baisse brusque de la vision il y a huit jours, mouches volantes, scotome nasal inférieur, décollement ampullaire supéro-externe retombant jusqu'à la limite supérieure de la papille, pas de déchirure.

12 décembre. — Opération. 3 ponctions au bistouri (1 h., 7 h., 9 h.).

26 décembre. — Hémorragie profuse du vitré.

(1) Les cinq observations suivantes ne comportent pas de guérisons complètes mais de notables améliorations.

15 avril 1927. — Eclaircissement complet du vitré, mais décollement inférieur. $V = 1/15$ avec $-5D$.

21 novembre 1927. — O. D. $V = 1/10$ avec -5 .

O. G. perception lumineuse, perte brusque de la vision depuis 3 jours. Décollement supéro-externe inférieur subtotal, liquide abondant, pas de déchirure.

23 novembre. — Opération. 4 ponctions au bistouri (1 h., 4 h., 7 h., 10 h.). Cyanure.

21 décembre. — Rétine complètement recollée. Capitonage.

18 janvier 1928. — Ponction au Galvano à 5 h.

28 mars 1928. — Exeat. Recollement complet. $V = 1/10$.

15 novembre 1928. — Légère rechute. Soulèvement rétinien inférieur.

Janvier 1929. — Le petit décollement inférieur persiste, le corps vitré est trouble, vision $< 1/10$. Se conduit difficilement.

OBSERVATION LXXIV

3 novembre 1928. — Mme de C..., 60 ans, Paris.

Rougeole hémorragique en 1927. Emmétrope.

O. D. $V =$ Mauvaise perception lumineuse. En février 1928, décollement brusque de la rétine, non soigné.

Actuellement : décollement subtotal, surtout inférieur, grands plis flottants.

O. G. Depuis septembre, troubles de la vision. Mouches volantes apparues brusquement. Photopsies.

Le 1^{er} novembre : il y a deux jours, baisse brusque de la vision $= 1/100$. Décollement supérieur et supéro-externe. Pas de déchirure.

4 novembre. — 2 ponctions au bistouri. Injection de Cyanure.

9 novembre. — Recollement complet.

29 décembre. — Rechute. Ponction au Galvano.

5 janvier 1929. — Recollement complét. $V = 5/10$.

11 février. — Exeat. Mort de son mari. Légère rechute mais vision suffisante pour se conduire seule.

OBSERVATION LXXV

13 mars 1928. — Mme B..., 69 ans, May-sur-Eure.

O. D. $V < 1/50$.

O. G. + 2 V = 5/10. Sclérose cristalliniennne. Diabète 55 gr. par litre. P. A. 29/9.

O. D. Le 1^{er} février dernier, sensation brusque de chute de neige ; après trois semaines, mouches volantes noires, puis scotome nasal. Il y a huit jours, un voile fin est subitement apparu et a enlevé la vision.

Actuellement : décollement supérieur et externe, commençant vers 2 h. et se limitant en bas vers 7 h. 1/2 soulèvement ampullaire en haut à petits plis qui s'accroissent vers le bas. Déchirure en ogive vers l'équateur à 11 h.

14 mars. — Opération. 1 ponction au Galvano dans la région de la déchirure.

2 avril. — Exeat. Mauvais état général de la malade. Résultat incomplet. V = 1/10.

OBSERVATION LXXVI

8 septembre 1927 — M. H..., 46 ans, architecte, Dinard.

O. D. 5^D V < 1/50 leucomes centraux.

O. G. 2^D V = 5/10 petits leucomes centraux.

Il y a un mois, apparition de photopsies, mouches volantes noires, nuages noirs. Diminution de la vision. On pense à la possibilité d'un décollement.

Actuellement, vitré très trouble, toute la périphérie de la rétine semble légèrement soulevée ; dans les parties centrales, elle présente des plis difficiles à voir mais certains ; nombreuses taches pigmentaires arrondies, paraissant d'origine hémorragique. Petites hémorragies rétiniennes.

P. A. 2/11. Urée = 0,52.

15 septembre. — Ponctions au bistouri. Cyanure.

8 novembre. — Exeat. O. D. V = 2/10 avec 6^D. Guérison parfaite. Champ visuel normal.

15 novembre. — Trois jours après être rentré chez lui par une voie de chemin de fer extrêmement mauvaise, rechute. Décollement supéro-externe. 2 ponctions au bistouri. Cyanure.

4 février 1929. — Exeat. Guérison apparente. V = 3/10.

24 février. — Rechute légère. Petit décollement supéro-externe. Ponction à 11 h. (bistouri et cyanure). Au bout de 15 jours, guérison parfaite.

12 décembre. — Le malade est revu, après une guérison complète et retour de la vision à la normale, un nouveau décollement s'est produit brusquement en août, d'abord très léger, puis progressif ; ac-

tuellement petit décollement inférieur laissant au malade une acuité visuelle de 1/10.

OBSERVATION LXXVII

4 mars 1929. — Mme N..., 61 ans, Acland'huy (Ardennes).

O. D. V = 1/40. Décollement supéro-externe de la rétine survenu en quelques jours il y a trois semaines. Myopie antérieure 1D25. Pas de déchirures.

O. G. 1D, 25 V = 10/10.

Malade cardio-rénale, insuffisance rénale.

6 mars. — 3 ponctions au bistouri (8 h., 9 h., 1 h. 1/2). Cyanure.

11 mars. — Recollement complet. V = 3/10.

21 mars. — Petit décollement supérieur avec large déchirure.

22 mars. — Ponction au Galvano à 11 h.

27 mars. — Ponction au Galvano (11 h. et 2 h.).

12 avril. — Persistance du décollement. Ponction au Galvano à 1 h.

10 mai. — Exeat. Guérie. V = 4/10 (quelques semaines après mort de sa fille, nouveau petit décollement dans les jours suivants).

Refuse nouvelle intervention. V = 2/10.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION LXXVIII

M. De... Charles, 35 ans, comptable.

Entre dans le service du P^r Poulard, à l'hôpital Lariboisière, le 18 juillet 1929 pour baisse de vision œil gauche depuis 15 jours après plusieurs semaines de mouches volantes.

O. G. Décollement plat inférieur et externe.

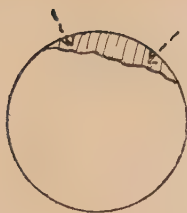
V 1/50, ne voit pas la main dans quadrant supéro-interne et dans partie externe du C. V. temporal.

Le 24 juillet 1929, l'opération : ponction au fin galvanocautère à 5 heures.

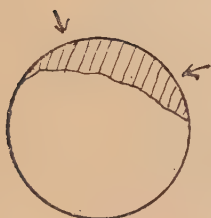
Le 27 juillet 1929, le décollement a disparu, les vaisseaux sont normaux. Compte les doigts dans tout le C. V.

Le 20 août 1929, 2^e ponction à 5 h. 1/2 avec gavano-cautère pour

Obs. LXXVI



2° 0/4



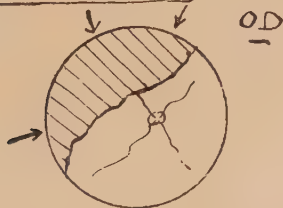
5° 0/4



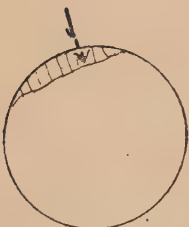
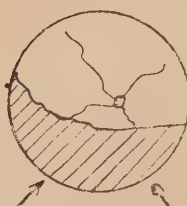
Obs. LXXVIII



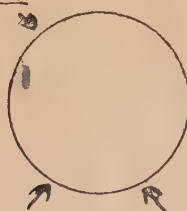
Obs. LXXVIII

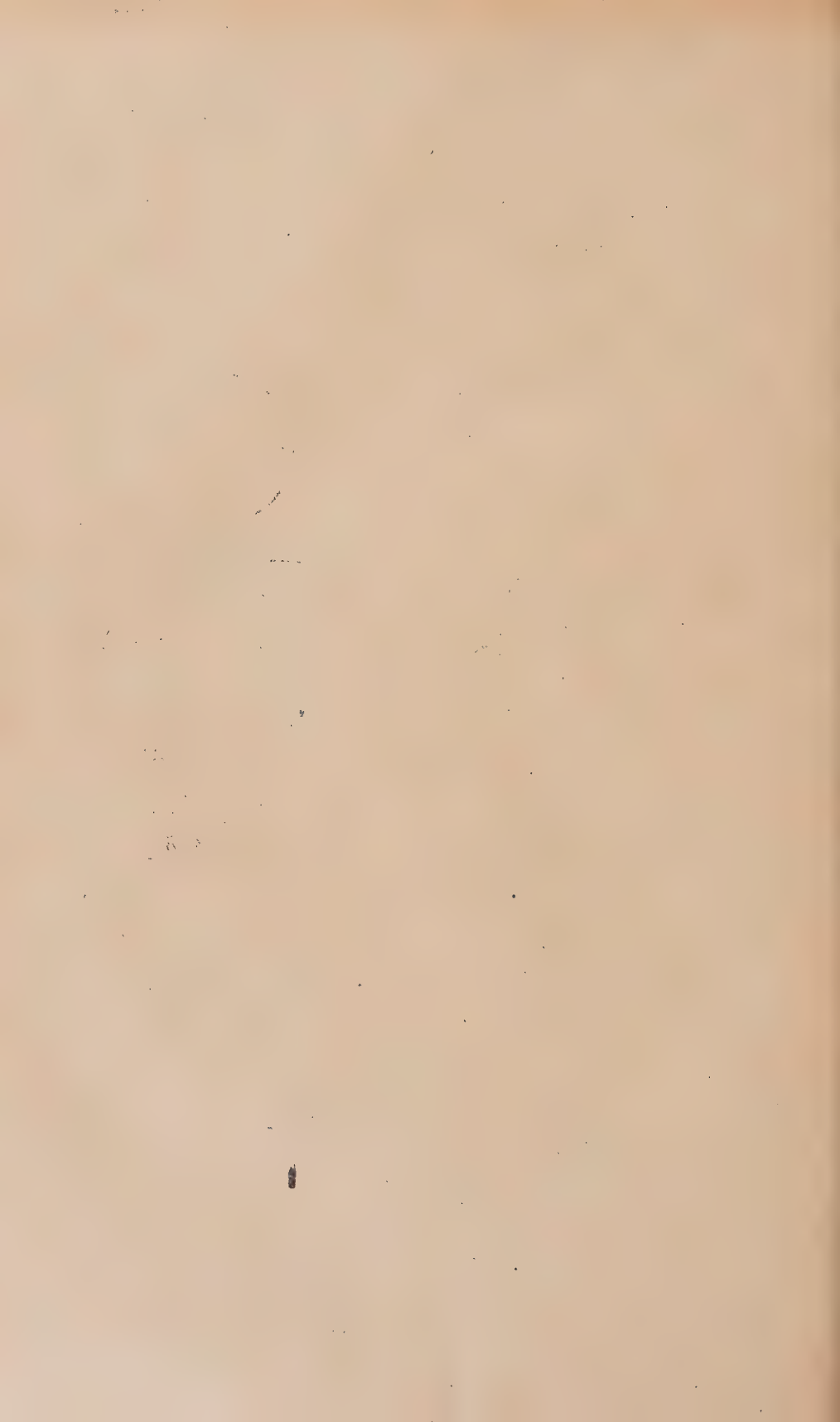


Obs. LXXIX



2° 0/4





renforcer l'adhérence et en l'absence de toute rechute. La Ponction ne perfore pas la rétine.

Surt de l'hôpital le 9 septembre.

Récollement parfait. C. V. normal $v = 2/10$ avec $(135^\circ - 2^D) - 6^D$.

Revu le 4 janvier et le 4 mai 1930.

La guérison se maintient. La rétine est complètement réappliquée. Torpeur rétinienne périphérique. Photophobie légère dans le travail à la lumière artificielle.

OBSERVATION LXXIX

M. Ar... Léon, 56 ans, tourneur sur bois.

Entré dans le service du Dr Terrien à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1930, pour un décollement de la rétine de l'œil droit dont le début remonte à deux mois et demi.

Myopie forte des deux yeux, paraissant progressive (portait O. D. G. — 5^D en 1914. O. D. G. — 10^D en 1918, porte depuis octobre 1929 (Dr Thirion, Auxerre) O. D. — 14^D).

En octobre 1929. Mouches volantes abondantes à l'œil droit. Un mois plus tard, au début de novembre, obscurcissement brusque du C. V. nasal O. D. avec phosphènes convexes en dedans, d'abord internes, puis supérieurs.

Le 13 janvier 1930. — V O. D. $1/20$; V O. G. = $1/35$.

C. v. O. D. encoche C. V. supérieur.

O. D. Décollement inférieur n'atteignant pas la papille avec corne supérieure temporale, pas de choréïdite maculaire. Placards de choréïdite périphérique dans la région temporale supérieure. On ne voit pas de déchirure.

O. G. Scléro choréïdite postérieure myopique avec gros staphylome et atrophie maculaire.

T. O. D. G. = 18 (au tonomètre du Dr Bailliart).

1) Opération le 16 janvier 1930. 2 ponctions au couteau à 5 h. et 7 avec injection sous-conjonctivale d'un cc. de Cyanure de mercure à 1/1.000.

Le 14 février 1930. — Décollement disparu, se lève.

Le 16 février 1930. Rechute.

Le 20 février 1930. — 2^e Op. 3 ponctions au sclérotome à 10 h., 7 h. et 5 h.

Le 25 février 1930, réapplication complète.

Se lève au début d'avril.

Lit avec — 20^D les fins caractères de l'échelle de Lapersonne correspondant à $V = 1/2$, C. V. sensiblement normal.

Revu le 26 avril. Aucune trace de décollement ; petites taches de choroïdite maculaire.

$V = 1,5/10$ avec — 20^D ($V = 1/35$ à l'œil gauche non décollé).

En somme, 73 guérisons, 6 améliorations importantes ont été obtenues et persistent. L'opération a été pratiquée 65 fois par le procédé du bistouri, 24 fois avec le galvano-cautère. 43 fois une seule intervention a suffi. Dans 26 cas, deux interventions, dans 14 cas trois ou quatre retouches ou même plus ont été nécessaires.

*
* *

La similitude des statistiques de GONIN et de SOURDILLE infiniment plus favorables toutes deux que toutes celles publiées jusqu'ici est extrêmement frappante. Les théories pathogéniques d'où sont nés les deux procédés sont pourtant diamétralement opposées. Le but que se propose d'atteindre chacune de ces opérations est cependant très différent : l'oblitération de la déchirure est pour GONIN la condition indispensable et suffisante du succès tandis que SOURDILLE néglige délibérément cette oblitération.

Le dernier chapitre de cette thèse tentera d'expliquer comment on peut concevoir, à notre avis, le mécanisme de guérison du décollement. Est-il indispensable « d'aveugler la voie d'eau ? » ne suffit-il pas, au contraire, de créer en pleine zone de décollement des adhérences anormales « de remplacement » entre rétine et choroïde ?...

CHAPITRE V

Est-il indispensable de boucher la déchirure ?

Le nombre des succès obtenus par SOURDILLE nous paraît déjà être une réponse. 79 guérisons, dont les plus anciennes remontent à 10 ans ont été obtenues, sans chercher à obturer la déchirure, parfois sans en voir, toujours en n'en tenant compte, que comme un élément accessoire, au même titre qu'un placard choroïdien.

Est-il possible, comme l'a suggéré le P^r Weill (de Strasbourg) que le traitement de SOURDILLE agisse comme celui de GONIN et « qu'avec les ponctions de SOURDILLE on puisse tomber sur une déchirure et obtenir une cicatrice adhérente ». Cet argument à première vue paraît plausible, il est tout naturel qu'il soit venu à l'esprit d'observateurs consciencieux, frappés des résultats obtenus des deux côtés et impressionnés par les affirmations tenaces, répétées, pleines de foi du P^r GONIN sur le caractère indispensable de l'oblitération complète.

Cependant, à ne considérer que les faits, nous constatons qu'opérant des décollements dont beaucoup sont plus anciens que ceux que l'on opère à Lausanne, SOURDILLE obtient une proportion de guérisons sensiblement identique. Le hasard ne serait-il pas véritablement extraordinaire qu'il permettrait, sans voir le trou, ou sans le viser, de l'attein-

à peu près aussi souvent que l'attilleur précis et remarquablement heureux, nous l'avons nous-même constaté, qu'est M. GONIN ?

D'ailleurs nous voyons les cicatrices de ponctions. Dans le lieu où elles apparaissent, n'existait pas auparavant de perforation rétinienne. On n'en constate nulle trace à côté de la cicatrice.

Ne pourrait-on pas retourner l'argument de M. WEILL ? croyant faire une thermo-ponction oblitérante n'arrive-t-il pas que l'on fasse souvent, en réalité, un SOURDILLE ?

Il est incontestable que le cas s'est présenté. M. JACQUEAU (de Lyon) dans une lettre adressée au secrétaire de la S. O. P. (1) parle des succès « obtenus par le procédé de GONIN », mais il ajoute, cependant, qu'il n'a jamais vu la déchirure qu'il n'a pas, par conséquent, cherché à l'oblitérer mais ponctionné en plein décollement (2) Le P^r LINDNER (de Vienne) après avoir cité 11 cas de guérisons obtenues par thermo-ponction oblitérante écrit : « Dans 11 autres cas aucune trace de déchirure ne put être constatée. J'ai opéré cependant 8 de ces cas cherchant bien à placer la cautérisation là où avait dû commencer le décollement, mais ce point malheureusement était le plus souvent devenu impossible à préciser ». Deux fois cependant, fut obtenue une guérison. Dans une lettre datée de Vienne du 28 avril dernier, le P^r LINDNER nous parle encore de deux nouveaux cas de décollement guéris, l'un avec déchirure, l'autre sans déchirure. Dans ce dernier, « la cautérisation de tout le segment de détachement faite en pensant que le trou était à l'extrême périphérie a obtenu un plein succès ». Dans un article paru dans le numéro de mars dernier des Archives d'Ophthalmologie, le D^r RUBRECT (de Bruges) écrit d'ailleurs « ce que l'on veut obtenir au fond, c'est une inflammation

(1) Bull. de la S. O. P., novemb. 1929.

(2) Le Docteur GOMEZ MARQUÈS, de Barcelonne, nous a écrit récemment avoir eu d'excellents résultats par l'ignipuncture multiple au niveau du décollement.

adhésive qui fixe la rétine à la choroïde pour cela, il suffit de faire agir l'irritant thermique sur ces membranes. »

Dans les très belles planches illustrant les publications sur le traitement de GONIN, de ARRUGA (de Barcelone) (1) et de VOGT, nous voyons des coups loin du but » amener l'obturation de la déchirure. Le P^r VOGT écrit d'ailleurs qu'il suffit que la cicatrice de cautérisation siège « à proximité du trou » (1 à 2 diamètres papillaires) GONIN admet lui-même qu'il n'est pas absolument indispensable dans certains cas d'atteindre la déchirure elle-même et qu'elle peut se fermer par propagation. Nous savons que ces auteurs donnent de ces cas une explication contraire à notre opinion. Le fait clinique n'en existe pas moins. Nous le croyons très important.

En effet rapprochant tout ceci des résultats de SOURDILLE il nous semble qu'on pourrait conclure que *la cicatrice produite par l'opération de GONIN agit bien plus par « boutonage » de la rétine que par obturation directe de la déchirure.*

Nous savons que nous sommes ici en contradiction formelle avec les idées de Lausanne ; pourtant, M. GONIN lui-même, croyons-nous, convient qu'il a constaté des recolléments partiels après une première tentative de barrage dans une désinsertion où la brèche n'était certainement pas fermée. Ne faut-il pas admettre d'ailleurs que le mécanisme par lequel on peut arriver au succès dans les cas de vaste désinsertion doit être un peu différent du mécanisme type de l'opération de GONIN?...

Qu'advient-il effectivement de la cicatrice de thermoponction? Autour du « verrou » que constitue le tractus scléro-choroïdo-rétinien, apparaît « une réaction » couleur fauve avec amas pigmentaire », *L'étendue de cette réaction dépend « principalement » de l'ancienneté du décolle-*

(1) ARRUGA. — Congrès international d'Opht, Amsterdam, sept. 1929.

ment » (1). Dans les cas récents la cicatrice s'étale de façon beaucoup plus marquée que dans ceux où le soulèvement rétinien date déjà de quelques semaines ou de quelques mois et c'est là une des raisons qui aggrave le pronostic opératoire des décollements trop anciens ». L'auteur ajoute un peu plus loin, comme corollaire, « dans les décollements anciens (plusieurs semaines ou quelques mois) même après oblitération de la déchirure, la guérison peut demeurer incomplète, surtout dans les régions situées au-dessous du point où a porté la thermo-ponction. On y observe alors la persistance d'un léger soulèvement... » M. GONIN ajoute et la contradiction avec SOURDILLE reparaît dans son interprétation, « on a alors quelques raisons de craindre une rechute pour peu que la déchirure de la rétine n'ait pas été obturée en réalité ».

Ne pourrait-on expliquer les résultats qu'obtiennent les partisans de la thermo-ponction-oblitérante dans les cas très récents (moins de trois semaines) par le caractère souvent partiel et le siège souvent supérieur à ce moment du décollement? Une cicatrice unique mais aussi puissante que celle créée par le PAQUELIN suffit certainement à tenir un quadrant de rétine. La violence même de la réaction du vitré aide peut-être, par l'œdème vitréen qu'extériorise l'ophthalmoscope, à la réapplication.

La diminution rapide de la proportion de cas guéris lorsque le décollement vieillit tient probablement en grande partie à la généralisation ou à l'abaissement du décollement; la réaction péricicatricielle ne sera plus suffisante. C'est à notre avis, une des raisons pour lesquelles « GONIN limite à deux ou trois mois la période d'intervention ». Même lorsque la déchirure siège loin du décollement nous ne sommes pas étonnés à la réflexion, qu'une guérison puisse être obtenue (M. AMSLER en a présenté deux très beaux cas à la S.

(1) GONIN. — *Ann. d'Ocul.*, mai 1930 (manuscrit communiqué très obligeamment par le Pr GONIN).

O. P.). Nous savons que l'endroit où est la déchirure est souvent le lieu d'origine du décollement, même lorsque la rétine *paraît adhérente* (Cf. SOURDILLE S. F. O. 14. V. 30). C'est là que sont les lésions maxima. La partie inférieure du décollement ne présente, pour SOURDILLE, que des altérations rétinienues et chorio-capillaires beaucoup moins importantes. Une réaction par propagation, bien que son intensité soit forcément moins grande, pourra assurer encore une assez bonne adhésivité. Le soin que prend M. GONIN de faire coucher le malade sur la cicatrice de ponction permet en effet par la situation déclive que prend la déchirure, la filtration continue du liquide sous rétinien vers le vitré, deuxième condition que réclame SOURDILLE.

Les résultats beaucoup moins favorables dans les cas de désinsertion large à l'ora pourraient peut-être eux aussi s'expliquer beaucoup plus par la friabilité rétinienne qu'elle témoigne ou encore par des altérations déjà importantes du vitré, que par la difficulté d'oblitérer toute l'étendue de la brèche.

De toutes ces hypothèses qui permettent, croyons-nous, d'expliquer les résultats incontestablement très beaux de la thermo-ponction oblitérante en même temps que les succès obtenus par SOURDILLE, nous n'apportons pas encore la confirmation formelle (1).

Nous avons vu cependant que le *postulat de GONIN ne pouvait pas s'appliquer aux succès obtenus par SOURDILLE*. Similitude de résultats et identité de mécanisme de guérison doivent cependant marcher de pair. Nos explications jointes à la contre-épreuve des succès obtenus sans oblitérer la déchirure *infirment* croyons-nous, une partie de la

(1) Au Congrès de mai 1930 de la S. F. O. alors que ce travail était déjà rédigé le Pr Van LINT, dans une très importante communication, a soutenu une opinion très voisine de celle que nous venons d'exposer. L'impossibilité où nous sommes de citer textuellement, nous oblige à nous excuser de renvoyer le lecteur au prochain volume à paraître relatant les travaux du Congrès.

valeur de preuve qu'on a attribuée à l'opération de Lausanne. Elles ne diminuent pas ses succès incontestables.

Reste alors la question des préférences à accorder à l'une ou l'autre méthode.

Quels sont donc les avantages de la thermo-ponction oblitérante ou non au PAQUELIN?

L'un d'eux nous a frappé, la brièveté plus grande du décubitus strict imposé au malade. VOGT est même d'avis qu'on peut le faire lever dès le lendemain de l'opération pendant une heure ou deux. C'est là un avantage incontestable à l'heure actuelle. Cependant, nous sommes partisan de la prudence nantaise *parce que cette rapidité de guérison est attribuable, pour nous, à l'intensité même de la réaction* produite par la volumineuse cicatrice que fait le PAQUELIN et qu'elle comporte une contre-partie de dangers que jusqu'à plus ample informé, nous croyons considérable. Ce sont essentiellement des brides vitréennes conduisant comme les plaies par perforation qu'elles qu'elles soient, au soulèvement tardif de la région opposée au lieu de ponction. Ces inconvénients M. GONIN lui-même les a longtemps redoutés. Il ne les redoute maintenant que dans les cas anciens. Même dans les cas récents ils pourraient cependant se produire ainsi que SCHICK, WESSELY, FLEISCHER et von HIPPEL en ont rapporté des exemples l'année dernière à Insbruck au quatrième Congrès de la Société Bavaroise d'ophtalmologie. *Nous préférons nettement chercher à provoquer l'adhérence nécessaire sur une large surface par interventions multiples mais dont chacune est peu traumatique pour la rétine comme pour le vitré.*

Conclusions

Il nous faut clore maintenant cette discussion au cours de laquelle nous avons cherché à ne sous-estimer aucun des efforts tentés contre le décollement rétinien.

De ces efforts toutefois, les statistiques presque entièrement inédites que nous publions ici mettent au premier plan les tentatives thérapeutiques de SOURDILLE et de GONIN.

Ces deux techniques, opposées, nous l'avons vu dans leur principe (beaucoup plus d'ailleurs, croyons-nous, que dans leur manière d'agir) ont enregistré l'une et l'autre les plus beaux résultats jamais obtenus dans le traitement chirurgical du décollement. Elles nous paraissent être en face des statistiques antérieures un incontestable progrès.

De ce progrès il importe peu d'établir déjà le bilan exact; mais, par contre, il est de grande importance de fixer la conduite à tenir actuellement en face d'un malade atteint de décollement « opérable » (1).

Il faudra savoir pour cela : s'il est indispensable ou non d'oblitérer la déchirure et, dans le second cas, quel est le procédé qu'il sera préférable d'employer.

Ce seront là nos conclusions.

1° M. AMSLER a dit du procédé de GONIN à la S. O. P. qu'il était « la voie expérimentale ». Nous savons quel était l'esprit qui l'animait à ce moment. Dans ce même esprit, très

(1) Les indications générales d'opérabilité feront l'objet de travaux ultérieurs.

amical, qu'il nous permette de lui répondre que la contre-expérience est bien aussi un procédé scientifique ;

Nous croyons que la contre-expérience que constituent les 79 guérisons obtenues par SOURDILLE, *sans rien enlever à la valeur thérapeutique de la thermo-ponction oblitérante, autorise le doute sur la signification que lui attribue son auteur dans la pathogénie du décollement et permet, en outre, de nier que l'oblitération de la déchirure soit condition indispensable du recollement de la rétine.*

2° Ceci admis, en face des résultats heureux des deux méthodes chirurgicales laquelle choisirons nous en face d'un cas de décollement à opérer?

A) Au procédé de GONIN nous voyons un avantage, important d'ailleurs ; la brièveté du décubitus imposé au malade. Le séjour en clinique, l'immobilité doivent, en effet, pour de multiples raisons, être abrégés le plus possible. Nous savons d'ailleurs, que le siège d'une déchirure indique souvent l'origine du décollement. A ce point de vue, dans un décollement très récent, s'il existe une *déchirure supérieure* l'intervention auprès de la déchirure s'impose, croyons-nous, mais ce faisant, *nous croyons inutile le repérage précis de l'opération de GONIN, nous croyons dangereuse (jusqu'à plus ample informé) la ponction au thermocautère PAQUELIN.* L'avantage de réaction plus rapide est largement compensé par ce danger.

B) Nous croyons préférable le procédé de SOURDILLE.

Les réactions discrètes et multiples qu'il préconise sont moins dangereuses que la grosse réaction unique du procédé de Lausanne.

Les indications opératoire en sont plus étendues, indications de temps, et état de la rétine en particulier.

Mieux connu, son manuel opératoire doit être plus facilement accessible à la majorité des ophtalmologistes non

spécialisés dans le décollement, que le repérage minutieux de GOMIN qui nécessite une grande expérience particulière.

Le procédé de SORUDILLE a encore le mérite d'être systématiquement associé à un traitement de la maladie qui provoque le décollement. Les injections de cyanure du procédé au couteau constituent même, accessoirement une partie de ce traitement.

Le traitement général par voie buccale ou par injections, pourra enfin, en modifiant les conditions circulatoires, éviter l'apparition d'un décollement dans le 2^e œil du malade.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. *TERRIEN.*

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie ⁽¹⁾

- ALGAN et COULET. — D^t amélioré par le traitement chirurgical des lésions nasales. — Soc. Lorr. d'O., 28-IV-25, in Ann. d'Oc., 1926, p. 945.
- AMSLER. — La technique du repérage des déchirures rétinienues et l'opération de Gonin. — S. O. P., 17 nov. 1929.
- Réflexions sur l'état actuel du problème de la pathogénie du décollement rétinien. — S. Fr. O., 1929.
- Topographie ophtalmoscopique et D^t R. — Ann. Ocul., sept., 1928.
- Remarques cliniques et anatomiques sur la thermo-cautérisation perforante. — Ann. d'Ocul., nov. 1929.
- La thermo-ponction oblitérante. A propos de quelques résultats opératoires. — S. O. P., 15 févr. 1930.
- Marqueurs pour la Th. P. O. — Ann. d'Ol., février 1930.
- ARRUGA. — Traitement du décollement rétinien. — Congrès Int. d'Opht., Amsterdam, sept. 1929.
- AXENFELD. — Société d'Opht. de Heidelberg, 1903.
- BAURMANN. — Soc. All.^e d'O. du N.-Est, 28 et 29 avril 1928 à Hanovre (in Kl. Mon. f. Augenheilkunde, 1928, T. 80, p. 682).
- BEST. — S. All. d'O., Heidelberg, 1906.
- BETTEMIEUX. — Cl. Opht., 1923, p. 490. — Rev. Gén. d'Opht., 1924, p. 90.
- BIRSCH-HIRSCHFELD. — V. Gr. Arch. f. O., T. LXX (1909), p. 486.
- BOUCHERON. — S. le D^t expérimental cité in Leber et de Wecker.
- BUCKLENS. — V. Gr. Arch. f. O., T. CXXI (1928), p. 243 à 283.
- CZAPORY. — Traitement du D. R. Kl. Mon. f. A., T. LXXX (1928), p. 641 à 647.

(1) En ce qui concerne l'histoire des différents traitements c f. Article Décollement de l'Encyclopédie française d'Ophtalmologie.

Sur la Pathogénie c f. en outre Rapport du Professeur GONIN à la S. F. O. 1920. Pathogénie du Décollement de la Rétine.

- DARIER. — Résultats du Traitement du D. R. (20 années d'expérience personnelle). — *Cl. Opht.*, 1913, p. 611.
- Un cas de D^t R. guéri. Ponction et injection sous-conjonct. — *Cl. Opht.*, 1919, p. 3.
- Des D^{ts} rétinien qui guérissent. — *Cl. Opht.*, 1920, p. 10.
- DERRICK (Cincinnati). — Recherches sur les résultats du T^t du D^t. — *R. Soc. Amer. d'Opht. et d'O. R. L.*, Niagara Falls, 1912 (analysé in *Cl. Opht.*, 1913, p. 239).
- DEL CASTILLO RUIZ. — Nuevas orientaciones en la terapeutica del despredimiento de la retina. — *Ann. de la Acad. méd. quir esp-panola*, 1923, I, X, p. 327.
- DEUTSCHMANN. — Cf. pour bibl. complète avant 1926. « Altes und neues über Netzhautablösung ». *V. Gr. Arch. f. O.*, T. CXXVIII, 1926, p. 146 à 173.
- Développement du D^t R. *Von Gr. A. f. o.*, T. CXX (1928), p. 720.
- L'ignipuncture dans le décollement rétinien. — *Münchener Meditz. Wochenschr.*, 17 janv. 1930, p. 102.
- Über Netzhautriss- insbesondere über ihre Bedeutung f. die Nh Abl. *Von Gr. A. f. o.*, T. CXXII, 1929, p. 359.
- DIMMER. — Tuberculose oculaire. — *Wiener Kl. Wochschr.*, 1922, n^o 19.
- DOR. — Décollement rétinien guéri par la tuberculine. — *Clin. Opht.*, 1909.
- *S. F. O.*, 1920. — *S. F. O.* 1924, p. 508.
- Troubles oculaires et kystes radiculo-dentaires. — *S. F. O.*, 1924, p. 185.
- DUBOIS (Mlle H.). — D^t R. traumatique et T^t opératoire. — *Th. Lausanne*, 1929.
- FINOFF. — Changes in eyes of rabbits following injection of dead tuberc. bacilli into common carotis artery. — *Am. Journ. of Opht.*, 1924, p. 365.
- GALEZOWSKI. — Maladies des yeux, 1874.
- GALLOIS. — Du D^t R. considéré comme un œdème. — *S. O. P.*, 18 déc. 1926.
- Recherches sur la pathogénie du D^t R. — *S. F. O.*, 1927.
- Le D^t de la R. : données actuelles sur la pathogénie et le Traitement. — *Pratiqu. Médicale franç.*, mars 1927, p. 132 à 140.
- GELLER. — Über das Sourdillesche Operationsverfahren bei der N. Abl. *Kl. Mon. f. A.*, T. LXXIII, 1924, p. 773.
- GENIN. — Des effets immédiats du colmatage sur la tension de l'œil hypotone. — *Th. Bordeaux*, 1921.
- GONIN. — Article Décollement *Enc. Fr. Opht.*

- Rapp. S. F. O. 1920. — S. F. O., 1926, p. 614. S. F. O., 1928.
- Le Traitement du D^t R. — Ann. d'Oc., mars 1921.
- Die Beziehung der Retinal cysten zur N. Abl. — Opht. Ges. Wien, 1921, p. 273.
- Guérisons opér. de Décoll^t Rét. — Rev. Gén. d'Opht., XXXVII, 1923, p. 337.
- Über anatomische Ursachen der N. Abl. — Heidelberg Ber., 1925, p. 114.
- Einleitungsvorgänge bei der N. Abl. — Kl. Mon. f. Aug., T. 75 (1925), p. 463.
- Operativ geheilte Fälle v. N. Abl. Heidelberg Ber., 1925, p. 254.
- Traitement opératoire du D^t R. — Soc. Suisse d'O. — XIX^e Congr. Zurich., 19 juin 1926.
- S. Suisse d'Opht., Lausanne, 29 juin 1929.
- Congrès Int. d'Opht., Amsterdam, sept. 1929. — Mes. 100 derniers cas de D^t R.
- Le Traitement opératoire du D^t rétinien. — Bruxelles Médical, 23 février 1930.
- GÖRLITZ. — Nordwestdeutschen u. Niedersächsischen Augenärzte Ges. — Lubeck., 19 sept. 1927.
- HANSEN. — Beitrag zur Histologie des myopischen Auges insbesondere zur Lückenbildung in der Retina und zur Entstehung der Netzhaut Ablösung. — Kl. Mon. f. Aug., T. LXIII, 1919, p. 295 à 337.
- Zur Entstehung der Netzhautablösung. — Kl. M. f. A., T. LXXV, 1925, p. 344 à 357.
- HEINE. — Clinique et anatomie du D^t. — Kl. M. f. A., T. LXXII, 1924, p. 333.
- JACQUEAU. — Bull. S. O. P., novembre 1929.
- JEANDELIZE et BAUDOT. — S. O. E. (10 août 1929), in Bull., S. O. P., août 1929. — S. Fr. O., 1926.
- JOCOS. — Sur le Traitement du D^t R. — Clin. Opht., 12 déc. 1927, p. 691 à 697.
- Sur le rapport de M. Gonin à la S. F. O. — Clinique Opht., 1920, p. 357.
- KALT. — Transsudats choroïdiens aigus et D^t R. — S. F. O., 1924, p. 503.
- KÜMMEL. — Développement du D^t R. — Arch. f. Augenheilkunde (von Knapp). — T. 95 (1925), p. 214.
- Anatomie du D^t récent, in Kl. Mon. f. A., octo. 1928, p. 531.
- Arch. f. Augenheilkunde von Knapp., T. C. et CI (1929), p. 314.

- LAGRANGE. — Glaucome et^e hypotonie. — Paris, Baillière-Ed.
— Sur les opérations compressives et décompressives du globe de l'œil. — Acad. Sc., 1920, T. CLXX, p. 143.
- LAGRANGE et PESME. — Arch. d'Ophtalm., 1921.
- LAMB. — Treatment of detached retina. — Amer. Journ. of Opht., 1921.
- LAUBER. — Vitré, in art. du Graefe-Sœmisch-Hess, 2^e éd., 1924.
— Ein Fall von doppelseitiger tuberk. Uveitis mit N. Abl. — Kl. Mon. f. A., LXX, p. 246 (1923).
- LEBER. — S. O. de Heidelberg, 1882, 1903, 1908. — Graefe Soemisch., 1916.
- LINDNER. — Ein neuer Weg zur Lagebestimmung von Stellen des Augenhintergrundes und seine Verwendung bei der Goninschen Behandlung der N. Abl. v. Gr. Arch. f. Opht., T. CXXIII, 1929, p. 233.
— Die bisherigen Behandlungserfolge der N. Abl. mit dem Verfahren von Gouin. — Wiener klin. Wochenschrift, 1930, n° 8.
- LOEWENSTEIN. — Etiologie du T. du D^t R. v. Gr. Arch. f. Opht., T. CXVII, 1926, p. 130 à 145.
— « Calfeutrage. » Zentralblatt f. die Ges. O. 1924, XII, p. 420.
- MARX. — V. Gr. A. f. O. T., CVIII, p. 237, 1922.
- MEYER-WIENER. — Amer. Med. Assoc. San Francisco les 27 et 29 juin 1923. — Arch. of Ophtalmology, juill. 1924, p. 368.
- MULLER. — Über Pathogenese und Behandlung der Kurzsichtigkeit und ihrer Folgen. — Wiener Kl. Wochenschr., 1926, p. 321.
- PESME. — Les effets tardifs du colmatage sur l'hypotonie oculaire. — Arch. d'Opht. 1921, p. 591.
— Le D^t R. chez le myope. — Gaz. hebdom. des Sc. Méd. de Bordeaux, 22 avril 1928.
- PEYRECAVE. — Du Traitement des D. R. — Cl. Opht. 1917, p. 86.
- REHSTEINER. — Recherches ophtalmoscopiques sur les altérations de la périphérie du fond d'œil myope et dans l'œil sénile. — V. Gr. Arch. f. O. T. CXX (1928), p. 282 à 316.
- ROLLET et COLRAT. — S. O. de Lyon, juillet 1927.
- RUPRECHT. — Arch. d'Opht., mars 1930.
— S. F. O., mai 1930.
- SACHS. — S. O. Viennoise, 5 juillet 1926.
- SAINT-MARTIN (de). — La ponction du globe et les injections sous-conjonctivales dans le traitement du décollement rétinien récent. — Cl. Opht., 1920, p. 3.
- SMINZ. — De l'Hypotonie oculaire. — Th. Bordeaux, 1926.

- SCHALL. — Décollement Rétinien dans la Tuberculose. V. Gr. Arch. f. O. T. CIX, 1922, p. 203.
- SCHOELER. — Kl. M. f. A., 1918.
- SCHREIBER. — Des guérisons du D^t R. et du D^t R. rhumastimal. — Von Gr. Arch. f. O. 1920, T. CVIII, p. 75.
- Développement du D^t R. dans l'œil myope. — Soc. Opht., Iéna, 1922, p. 300.
- SEIBLE. — Recherches clin. et stat. sur le D^t R. — Thèse inaug., Heidelberg, 1915.
- SOURLILLE (P^r, Gilbert). — Disc. rapp. Conin. S. F. O., 1920.
- S. F. O., 1924, p. 508.
- Une méthode de T^t du D^t R. — Arch. d'Opht., 1923, p. 419.
- Le traitement du D^t de la R. — S. O. P., 1924, n° 5.
- Quelques précisions techniques sur le T^t opér. du D^t R. — Pratique Médicale Franç. de mars 1929 (A), n° 3.
- Remarques sur la Pathogénie et le T^t du D^t R. — S. O. P., 21 déc. 1929.
- Evolution du D^t R. — S. F. O., 14 mai 1930.
- STARGARDT. — Traitement du D^t R. — Oph. Gés., Iéna, 1922, p. 248.
- TERSON. — Disc. rapport Gonin. — Soc. Fr. O., 1920.
- D^t R. et T^t de Sourdille. — S. O. P., 17 déc. 1927.
- TITO FIORE (Rome). — T^t op. du D^t R. — Congrès int. d'O. Amsterdam, sept. 1929.
- THOMPSON. — Arch. of. opht. T. 49, p. 563.
- UNTHOFF. — Zur Etiologie und Behandlung der. N. Abl. — Deutsche med. Wochensch., 1922, p. 115.
- Die Therapie der N. Abl. S. med. germ. hip. Amer., 1924, p. 384.
- VAIL. — An inquiry into results of the established treatment of the detachment of the retina. — Ann. of. Opht., T. XXII, 1913.
- Detachment of the retina. — Arch. of. Opht., T. XLIX, 1920, p. 553.
- VAN DER HEUVEN. — Kl. Mon. f. A., T. LXXVI, p. 346. « Colmatage ».
- VEIL. — Décollement R. guéri chirurgicalement. — S. O. P., déc. 1929.
- VOGT. — Points de contact entre la dégénérescence myopique et sénile du globe. — Kl. Mon. f. A. T. LXXIII, 1924, p. 212.
- Revue générale d'Opht., 1923, p. 297. — Soc. Suisse d'Opht. à Fribourg, 23 et 24 juin, 1923.
- « Zur heilung der N. Abl. mittels Ignipunktur des hethzhaut risses ». — Kl. Mon. f. A. T., LXXXII, 1929.

- « Weitere Erfahrungen mit Ignipunktur des Netzhaut-Loches bei N. Abl. ». — *Kl. Mon. f. A.*, T. LXXXIV, 1930, p. 305.
- WEEKERS. — Décollement rétinien expérimental. — *Arch. d'Opht.*, T. XLII, 1925, p. 321 et XLIII, 1926, p. 25.
- *S. F. O.*, 1925.
- WEILL. — Le traitement du D^e de la Rétine par l'ignipuncture de Gonin. — *S. O. E.*, 7 juillet 1929, in *Bull. S. O. P.*, août 1924.
- WESSELY. — X^e Congr. d'Opht., Lucerne 1904.
- *Phys. Mediz. Ges. Wurzburg.*, 15 nov. 1921.
- *Munch. Médiz. Woch.*, 1921, p. 1670.
- WOOD. — Detached Retina. *Brit. Journ. of. Opht.* 1920, p. 413.
- Cf. encore Discussions S. O. Hongroise. Budapest, 2 févr. 1928, in *Kl. Mon. f. A.*, 1928, T. LXXX, p. 405.
- Discussions à la Nord-west-deutschen u. nieder sachsichen Augenärzte Ges. Lübeck, 24 sept., 1927.
- Disc. Soc. bavar. d'Opht. Innsbrück, 14 juil. 1929 interventions de Schiek, Wessely, Fleischer, Von Hippel).
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
